



HAL
open science

Surveillance des antidépresseurs en médecine générale en Picardie

Mathieu Quequet

► **To cite this version:**

Mathieu Quequet. Surveillance des antidépresseurs en médecine générale en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03702901

HAL Id: dumas-03702901

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03702901>

Submitted on 23 Jun 2022

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.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE
MEDECINE

Année 2022

N° de thèse : 2022-19

**Surveillance des antidépresseurs en
médecine générale en Picardie**

Thèse présentée et soutenue publiquement le
08/04/2022

Pour obtenir le diplôme d'État de
Docteur en Médecine Générale

Par

Monsieur QUEQUET Mathieu

Né le 28/12/1992

PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur FARDELLONE Patrice

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur SCHMIT Jean-Luc

Monsieur le Docteur LEFRANCOIS Pascal

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur ANGERVILLE Bernard

DEDICACES

Aux membres de mon jury,

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Rhumatologie)
Pôle "Autonomie"

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

A mon jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier émérite
(Maladies infectieuses et tropicales)
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)
Chevalier dans l'Ordre National des Palmes Académiques
Officier dans l'Ordre National des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ma thèse.
Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma gratitude et de mes
sincères remerciements.*

Monsieur le Docteur Pascal LEFRANCOIS
Médecin généraliste
Maître de stage universitaire

*Tu me fais l'honneur de juger mon travail.
Merci de l'enseignement et du soutien que tu m'as apporté durant mon SASPAS.
Merci pour ta confiance pour les remplacements !
Ta disponibilité et ton écoute ont été d'une grande importance.
Je te présente toute ma sincère gratitude.*

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE
Praticien Hospitalier en psychiatrie et addictologie
Praticien attaché au CHU d'Amiens

*Tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse.
Tes conseils, ton expertise, ta disponibilité et ta bienveillance m'ont beaucoup aidé dans la
réalisation de mon travail.
Merci pour tes précieux conseils qui m'ont guidé dans la rédaction de cette thèse.
Je te présente ma sincère gratitude.*

REMERCIEMENTS

A ma famille,

A Caroline, mon amour, ma future femme. Du début de nos études à aujourd'hui, tu as toujours été là pour m'épauler et m'encourager quand je perdais confiance en moi. Merci pour ton aide si précieuse, sans toi ce travail n'aurait jamais vu le jour. Merci pour ton amour inconditionnel et ton soutien dans chaque étape de notre vie. Merci de faire partie de ma vie. Je t'aime Boubou.

A maman et papa. Vous avez toujours été présents pour moi. Merci pour votre soutien dans les moments de doute. Je vous dois beaucoup dans la réussite de mon parcours professionnel. Vous n'avez eu de cesse de me couvrir de tendresse et de rechercher mon bien-être. Merci d'avoir toujours cru en moi. Je vous aime.

A ma sœur. Merci pour ton amour et pour ton indéfectible soutien depuis toutes ces années d'étude. Si j'en suis arrivé là, c'est aussi grâce à toi.

Aux membres de ma famille. Merci pour votre soutien. Merci pour tous ces moments passés ensemble et à ceux à venir !

A Pépère, tu aurais été si fier de moi.

A Nanou. Merci pour la traduction de mon résumé et de la super témoin que tu feras !

A Brigitte. Merci pour votre soutien, vous m'avez accueilli dans votre famille avec tant d'affection. Merci pour tous vos bons petits plats !

A ma belle-famille. Merci de m'avoir accepté au sein de votre famille, à la place que vous m'avez faite.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	13
1.1	Définition	13
1.2	Épidémiologie	13
1.2.1	Prévalence	14
1.3	Evolution	14
1.3.1	Complications.....	14
1.3.1.1	Complication psychiatrique	14
1.3.1.2	Comorbidité addictive.....	15
1.3.1.3	Comorbidités somatiques.....	15
1.4	Prise en charge.....	16
1.4.1	Psychothérapie.....	16
1.4.2	Traitements médicamenteux : les antidépresseurs	16
1.4.2.1	Les classes d'antidépresseurs.....	17
➤	Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	17
➤	Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRSNa).....	18
➤	Imipraminiques (ou tricycliques).....	18
➤	IMAO (inhibiteurs de la monoamine-oxydase).....	19
1.4.3	Les thérapies physiques	19
1.4.3.1	L'électroconvulsivothérapie (ECT)	19
1.4.3.2	La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)	20
1.4.4	Effets indésirables.....	20
1.4.5	Surveillance	22
1.5	Rationnel de l'étude.....	23
1.6	Objectif.....	24
2	MATERIEL ET METHODE.....	25
2.1	Procédure.....	25
2.1.1	Méthode d'analyse de données	25
2.2	Participants	25
3	RESULTATS	26
3.1	Données socio-démographiques	26
3.2	Cursus professionnel	26
3.3	Diagnostic de l'Episode Dépressif Caractérisé (EDC)	27

3.4	Prise en charge de l'EDC.....	27
3.5	Modalité du suivi de la prescription d'antidépresseurs.....	28
3.6	Ressenti des participants.....	30
4	DISCUSSION	31
4.1	Discussion des résultats	31
4.1.1	Données socio-démographiques	31
4.1.2	Prise en charge de l'EDC.....	31
4.1.3	Surveillance de l'antidépresseur	32
4.1.4	Connaissances de l'offre de soin en psychiatrie.....	33
4.2	Limites de l'étude	34
4.2.1	Echantillon.....	34
4.2.2	Les biais.....	34
4.3	Perspectives.....	35
5	CONCLUSION	36
6	REFERENCES.....	38
7	ANNEXE	44
7.1	Annexe 1 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'EDC.....	44
7.2	Annexe 2 : Questionnaire en ligne.....	46

ABREVIATIONS

APA	American Psychiatric Association
ATD	Antidépresseur
BDI	Beck Depression Inventory
CIDI-SF	Composite International Diagnostic Interview – Short Form
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10e révision
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Epidemiologic Catchment Area
ECT	ElectroConvulsivoThérapie
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
ECG	Electrocardiogramme
HAS	Haute Autorité de Santé
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDRS	The Hamilton Depression Rating Scale
HTA	Hypertension artérielle
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine-oxydase
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA	Infirmier en pratique avancée
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de recapture de la Sérotonine
ISRSNa	Inhibiteurs sélectifs de recapture de la Sérotonine et Noradrénaline
MADRS	Echelle de dépression de Montgomery et Asberg
MG	Médecin généraliste
NFS	Numération de formule sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
rTMS	Stimulation magnétique transcrânienne répétée
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
5-HT	5-hydroxytryptamine

1 INTRODUCTION

1.1 Définition

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est défini par une modification pathologique de l'humeur. Le diagnostic est clinique. On retrouve une tristesse suffisamment sévère et persistante ainsi qu'une anhédonie¹ ayant un retentissement fonctionnel.

Il existe deux types de classification pour établir le diagnostic de l'EDC. La Classification internationale des maladies, 10e révision (CIM-10²) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) qui est la classification de référence et le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders classification (DSM-V³) de l'American Psychiatric Association (APA) (2), plus utilisée, notamment pour les recherches cliniques (Annexe 1).

Il existe différents types de dépression qui ont chacune des caractéristiques et une évolution différente. On peut retrouver notamment l'EDC avec détresse anxieuse, avec caractéristique mixte, mélancolique, atypique, psychotique congruente et non congruente à l'humeur, avec catatonie, lors du péripartum et saisonnier (2).

La sévérité d'un EDC est définie par le nombre de critères diagnostiques établis par la CIM 10 et le DSM V ou à l'aide d'échelle standardisées notamment l'échelle Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (3). On définit 3 niveaux de sévérité qui sont décrits par la Haute autorité de santé (HAS) : léger, modéré et sévère (4). Ces critères regroupent le nombre de symptômes, leur intensité et le retentissement sur le mode de fonctionnement du patient.

1.2 Épidémiologie

L'EDC est en enjeu de santé publique majeur. Il représente à lui seul la troisième cause d'années de vie vécues avec incapacité dans le monde et la principale parmi l'ensemble des troubles mentaux (5).

¹ Anhédonie : diminution du plaisir

² CIM10

³ DSM-5 : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

1.2.1 Prévalence

En 2017, le Baromètre santé a interrogé 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans par collecte assistée par téléphone sur la base des réponses au questionnaire CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview – Short Form) (6). Près d'une personne sur dix avait vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. Après une stabilité observée entre 2005 et 2010, la prévalence de l'EDC a augmenté de 1,8 points sur la période 2010-2017 (6). En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence de l'EDC dans l'année était estimée à 9,8% et était 2 fois plus élevée chez les femmes (13,0%) que chez les hommes. La prévalence apparaissait la plus élevée entre 18 et 44 ans (environ 11,5%) puis diminuait de façon linéaire à partir de 45 ans. Chez les hommes, elle était maximale entre 18 et 34 ans et chez les femmes entre 35 et 44 ans (6).

1.3 Evolution

Les récurrences surviennent dans 50% des cas (survenue d'un nouvel EDC après une rémission complète d'au moins deux mois) avec une évolution vers la chronicité dans 15% des cas, et la mise en arrêt de travail ou invalidité (7). Une nouvelle étude du Global Burden of Disease Study parue en 2006 a montré l'aggravation de la situation : en effet, la dépression devrait être en 2030 la première cause de handicap dans les pays économiquement développés devant les cardiopathies ischémiques, les démences, les troubles liés à l'alcool, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux. Au niveau mondial, elle resterait en deuxième position après le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (8).

1.3.1 Complications

1.3.1.1 Complication psychiatrique

Les troubles dépressifs seraient responsables de 35 à 45% des arrêts de travail et seraient retrouvés dans plus de la moitié des cas de décès par suicide (9,10), qui représente une des complications majeure de l'EDC.

On retrouve 12 000 cas de suicide par an en France, et 120 000 cas de tentatives de suicide par an. Cinquante à quatre-vingt pour cent des tentatives de suicide surviennent chez des patients souffrant de troubles mentaux, les troubles dépressifs étant en tête. Le risque de suicide est trente fois plus élevé chez les patients dépressifs par rapport à la population générale. Le taux

annuel moyen de mortalité est de 3% chez les personnes dépressives dont un tiers est imputable au suicide. Ceci représente une prévalence annuelle du suicide de 1% chez les patients dépressifs. Quinze pour cent des patients ayant eu un épisode dépressif modéré ou sévère au cours de leur vie décèdent par suicide (11,12).

1.3.1.2 Comorbidité addictive

L'association d'un trouble addictif (alcool, tabac, cannabis, cocaïne et opiacés) à un EDC est fréquente. Dans une étude de 2006, environ un tiers des patients avait ce double diagnostic. La population la plus touchée était jeune, masculine, célibataire ou divorcée (13).

Une étude de 2007 a étudié le lien entre la présence d'une comorbidité addictive et l'évolution de l'EDC. L'âge de début du trouble dépressif était précoce, le poids de la maladie était lourd, le risque suicidaire plus élevé, les complications et autres comorbidités psychiatriques (troubles anxieux) étaient plus nombreuses, ainsi que les conséquences sociales. De même, l'évolution de la pathologie était plus longue avec une plus grande résistance aux traitements, comparée à celle des déprimés sans comorbidité addictive. Cette association des troubles entraîne non seulement une aggravation mutuelle des deux troubles, mais encore un problème de pénalisation dans l'accès aux soins, avec un sous diagnostic important (14).

Par ailleurs, l'existence d'une comorbidité addictive est un facteur aggravant la pathologie dépressive. Il favorise son apparition, aggrave son pronostic et aggrave la perte de chance (15).

1.3.1.3 Comorbidités somatiques

Concernant les comorbidités somatiques, les patients ayant des troubles somatiques ont en moyenne deux fois plus de troubles psychiatriques que la population générale ne présentant aucune pathologie (16). En effet, des études ont montré que 25 % de la population des patients hospitalisés en Hôpital Général et 40 % des patients suivis en médecine générale pour une pathologie chronique souffrent d'une dépression comorbide (17,18).

Les comorbidités somatiques peuvent participer à la sévérité d'un épisode dépressif (19). Par ailleurs, les patients dépressifs auraient un risque plus important de développer un trouble somatique. En effet, Une enquête de l'Epidemiologic Catchment Area (ECA) menée en 1996 a montré que les patients avec un EDC avaient deux fois plus de risque de développer un diabète non insulino-dépendant que la population générale (20).

Ce serait dans le domaine cardiovasculaire que la dépression s'est montrée le plus prédictive de l'apparition de trouble (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, hypertension artérielle (HTA)).

De plus, une autre étude suggère que les patients dépressifs prendraient moins en charge leur trouble somatique voire ne pas prendre leur traitement (19).

1.4 Prise en charge

1.4.1 Psychothérapie

En France, la HAS recommande la psychothérapie de soutien comme traitement de première intention dans les EDC légers. Elle est également à envisager en priorité dans les EDC modérés, où elle peut être associée à un traitement médicamenteux selon l'impression clinique du praticien ou le choix du patient. Dans les EDC sévères, une psychothérapie dite structurée est systématiquement associée au traitement antidépresseur (21).

Les psychothérapies les plus usuelles ayant démontré une efficacité, sont la psychothérapie de soutien ou des psychothérapies structurées telles que les thérapies cognitivo-comportementales, psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies systémiques, la psychothérapie interpersonnelle (21).

1.4.2 Traitements médicamenteux : les antidépresseurs

La prescription d'un traitement médicamenteux est recommandée lorsque l'intensité est modérée à sévère (21).

Les antidépresseurs (ATD) sont répartis en 5 grandes classes. Il s'agit :

- Des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)
- Des imipraminiques (tricycliques)
- Des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- De la classe dit des « autres antidépresseurs »

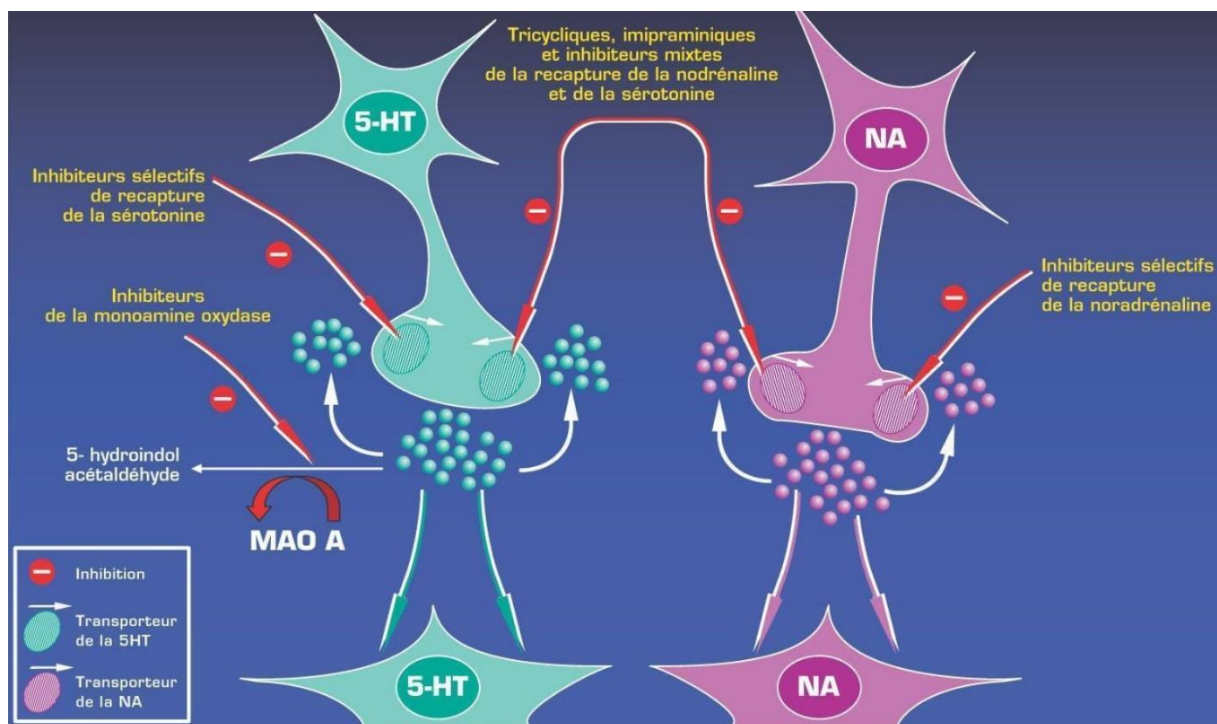
Il est recommandé d'introduire en première intention un antidépresseur de la classe des ISRS, IRSNa ou « autres » (4). Les ISRS ne nécessitent pas de bilan pré-thérapeutique particulier, à l'exception de la mesure de la tension artérielle avec la Venlafaxine (30). Les imipraminiques

(tricycliques) en raison de leur toxicité cardiovasculaire ne sont recommandés qu'en seconde intention.

En dernière ligne du traitement, on retrouve les IMAO qui sont recommandés après échec des autres thérapeutiques en raison de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses (22). Le choix d'un antidépresseur sera fait en fonction des préférences du patient, des effets secondaires, des réponses antérieures à un traitement par ATD, du coût et des propriétés pharmacologiques (23).

1.4.2.1 Les classes d'antidépresseurs

Schéma 1. Mécanisme d'action (24) :



➤ Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Les ISRS empêchent la recapture de la sérotonine (5-hydroxytryptamine [5-HT]). En effet en inhibant la recapture présynaptique de la 5-HT, ils augmentent la quantité de 5-HT qui stimule les récepteurs 5-HT post-synaptiques (25).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les antidépresseurs les plus prescrits dans la prise en charge de l'EDC. En effet, une étude de 2008 sur l'évaluation des pratiques dans le traitement de la dépression montre que les ISRS (et les inhibiteurs de la IRSNA) étaient

les antidépresseurs les plus prescrits en première intention dans 80,5 % des cas (26). Pour un épisode dépressif modéré à sévère, ils sont recommandés en première intention en raison de leur meilleure tolérance (4).

Les principales molécules prescrites en France sont : Citalopram (Séropram®), Escitalopram (Séroplex®), Fluoxétine (Prozac®), Fluvoxamine (Floxyfral®), Paroxétine (Deroxat®, Divarius®), Sertraline (Zoloft®).

➤ *Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRSNa)*

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline inhibent de façon sélective la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Ils n'auront donc pas d'action sur la dopamine. Cette inhibition entraîne une augmentation de la concentration synaptique de ces neuromédiateurs (27).

Comme pour les ISRS, les IRSNa sont les antidépresseurs de 1^{er} choix en raison de leur facilité d'utilisation et leurs effets indésirables tolérables (28). Les effets indésirables les plus communs des IRSNa sont similaires à ceux des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Les IRSNa sont également plus souvent associés à des effets indésirables qui reflètent l'activité noradrénergique, incluant une augmentation de la pression artérielle.

Les principales molécules prescrites en France sont : Venlafaxine (Effexor®), Milnacipran (Ixel ®), Duloxétine (Cymbalta®).

➤ *Imipraminiques (ou tricycliques)*

Les antidépresseurs tricycliques inhibent la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine, entraînant une accumulation de ces neurotransmetteurs dans la fente présynaptique. Ils bloquent également les récepteurs post-synaptiques de l'histamine, des récepteurs alpha-adrénergiques et muscariniques de l'acétylcholine (29).

Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardio-vasculaire (4).

Les principales molécules sont : Clomipramine (Anafranil®), Imipramine (Tofranil®), Amitriptyline (Laroxyl®), Amoxapine (Defanyl ®).

➤ **IMAO (inhibiteurs de la monoamine-oxydase)**

Les IMAO inhibent la synthèse de la monoamine oxydase qui est une enzyme qui empêche la dégradation des catécholamines du cerveau et du système sympathique (adrénaline, noradrénaline, sérotonine, phényl-éthylamine) (30).

Il en existe deux types :

- Les classiques non spécifiques (impliquent les MAOA et B), dont l'action est irréversible : iproniazide (Marsilid®)
- Les nouveaux IMAO A sélectifs, à action rapidement réversible : Moclobémide (Moclamine®)

Les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques. Ils nécessitent de par leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses une prescription spécialisée (4).

➤ **Autres antidépresseurs**

Miansérine (Athymil), Tianeptie (Stablon) et la Viloxazine (Vivalan) qui sont apparentés aux imipraminiques, la Trazodone (Pragmarel) inhibiteur des récepteurs de sérotonine et antagoniste du récepteur 5-HT₂, l'oxaflozane (Conflicatn) et la Mirtazapine (Norset) antidépresseur d'action centrale.

1.4.3 Les thérapies physiques

1.4.3.1 L'électroconvulsivothérapie (ECT)

Après échec de plusieurs lignes et stratégies médicamenteuses, l'utilisation de méthodes dites physiques sont recommandées. L'électroconvulsivothérapie (ECT) est aussi appelée sismothérapie, thérapie électroconvulsivante ou électrochocs. C'est un traitement médical reconnu pour être efficace pour plusieurs troubles mentaux et certaines conditions médicales graves. Elle consiste en l'induction d'une crise comitiale à visée thérapeutique, au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne (31).

Les indications préférentielles sont les états dépressifs sévères ou résistants. Certaines études concluent à un taux d'efficacité de l'ECT de l'ordre de 80 à 90 % dans ces indications (32).

Elle peut être utilisée en première intention en cas de pronostic vital engagé, et en seconde intention dans les dépressions résistantes, en raison de son efficacité et de sa rapidité d'action supérieures à celles des antidépresseurs (33).

1.4.3.2 La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)

La rTMS est une technique de stimulation cérébrale non invasive. Sans besoin d'anesthésie, ce traitement passe par le moyen de stimulation magnétique focalisée et répétée de haute intensité (> 1 tesla) en regard d'une région cérébrale supposée impliquée dans le mécanisme physiopathologique d'une pathologie neuropsychiatrique (34).

Dans le cadre de l'EDC, la rTMS serait efficace dans la dépression unipolaire en phase aiguë. L'objectif de la rTMS dans le traitement de la dépression caractérisée d'intensité modérée à sévère serait de potentialiser l'effets des psychotropes en cas de non réponse ou réponse partielle, pour obtenir en phase initiale de l'épisode une rémission des symptômes à l'aide de cures intensives ; pour prévenir une rechute en phase de consolidation une fois la rémission clinique obtenue (35, 36).

1.4.4 Effets indésirables

L'utilisation d'antidépresseur peut être accompagnée de symptômes, dont l'incidence et la prévalence sont fluctuantes d'un individu à un autre et en fonction de la classe médicamenteuse impliquée (37).

Ces effets sont résumés dans les tableaux 1 à 4.

Tableau 1. Effets indésirables des antidépresseurs ISRS.

	Nature de l'effet	Fréquence	Principaux effets indésirables
ISRS	Affections digestives	+++	Diarrhées, nausées /vomissements, dyspepsie, sécheresse buccale
	Affections psychiatriques	++	Insomnies (insomnie d'endormissement, réveils nocturnes), baisse de la libido, anxiété, hypersudation
	Affections uro-génitales	++	Dysfonction érectile
	Troubles généraux	++	Asthénie, baisse de l'appétit
	Affection du système nerveux	++	Céphalées, trouble de l'attention, dyskinésie
	Affections cardiaques	++	Palpitation, allongement du QT
	Syndrome sérotoninergique	Rare	Anxiété, agitation, hyperthermie, vomissement, diarrhées, tremblement, hypertonie, myoclonies
Affections endocriniennes	Rare	Sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (hyponatrémie)	

Tableau 2. Effets indésirables des antidépresseurs ISRSNa.

	Nature de l'effet	Fréquence	Principaux effets indésirables
ISRSNa	Affections digestives	+++	Nausées/vomissements, diarrhées, sécheresse buccale
	Affections psychiatriques	++	Insomnie, état confusionnel, rêves anormaux, diminution libido, agitation
	Affections uro-génitales	++	Dysfonction érectile
	Troubles généraux	++	Asthénie, frissons, baisse de l'appétit
	Affection du système nerveux	++	Céphalées, vertiges, tremblements, dyskinésies, paresthésies
	Affections dermatologiques	++	Hyperhidrose, éruption, prurit
	Affections endocriniennes	Rare	Sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (hyponatrémie)
Syndrome sérotoninergique	Rare	Anxiété, agitation, hyperthermie, vomissement, diarrhées, tremblement, hypertonie, myoclonies	

Tableau 3. Effets indésirables des antidépresseurs imipraminiques.

	Natures de l'effets	Fréquences	Principaux effets indésirables
Imipraminiques (ou tricycliques)	Affections digestives	+++	Nausées/vomissements
	Affections psychiatriques	++	Somnolence, agitation, diminution de la libido
	Affection uro-génitales	++	Impuissance
	Troubles généraux	++	Asthénie, prise de poids
	Affection du système nerveux	++	Vertiges, tremblements, céphalées, convulsions, paresthésies
	Effets anticholinergiques	+++	Sécheresse buccale, constipation, trouble de l'accommodation, sueur, bouffée de chaleur
	Affections cardio-vasculaire	++	Hypotension orthostatique, tachycardie
	Syndrome sérotoninergique	Rare	Exceptionnellement en monothérapie

Tableau 4. Effets indésirables des antidépresseurs IMAO.

	Natures de l'effets	Fréquences	Principaux effets indésirables
IMAO (inhibiteurs de la monoamine-oxydase)	Affections du système nerveux	+	Polynévrite, convulsions
	Affections cardio vasculaire	Rare	Accès hypertensifs soudains (si prise de tyramine) avec céphalées
	Affection psychiatriques	++	Insomnie, virage maniaque

1.4.5 Surveillance

Le traitement d'un épisode dépressif comporte trois phases (38) :

- Une **phase aiguë (traitement d'attaque)** dont l'objectif est la rémission des symptômes. La durée est de 2 mois en moyenne (de 6 à 12 semaines).
- Une **phase de consolidation**, dont l'objectif est de prévenir les rechutes. D'une durée de 16 à 20 semaines après la rémission des symptômes.

- Une **phase de maintenance** : qui dépend de la persistance de symptômes résiduels ou de la présence d'antécédents dépressifs ou de traits particuliers de personnalité augmentant le risque de récurrences.

La HAS recommande de réévaluer le patient lors de la première et deuxième semaine après le début du traitement pour rechercher les effets indésirables, un risque suicidaire, une réponse au traitement ou non (4).

Pour pouvoir évaluer l'efficacité du traitement, il est nécessaire de le maintenir pendant une durée suffisante. En général, 4 à 8 semaines sont nécessaires avant de conclure qu'un patient réponde ou non au traitement. Au-delà de ce délai, une réévaluation du traitement est nécessaire (39).

Plusieurs méta-analyses récentes ont démontré que l'effet du traitement peut se produire après 1 à 2 semaines d'initiation et qu'une amélioration précoce peut être un indicateur d'une éventuelle rémission (40,41).

Après cette période, il est recommandé en cas de rémission de continuer le traitement pendant une période de 6 mois à 1 an après la rémission dans le cas du premier épisode dépressif caractérisé. Mais en cas de réponse insuffisante, il est recommandé d'augmenter la posologie de l'antidépresseur jusqu'à la dose efficace ou de changer d'antidépresseur (22).

Il n'a pas été démontré de réelle différence d'efficacité clinique entre les différents types d'antidépresseurs. Certaines études ont montré que certains antidépresseurs ont une supériorité pour la réponse au traitement, mais cette supériorité reste très modeste (42,43).

Si un arrêt du traitement est nécessaire, il est important de le faire progressivement sur plusieurs semaines ou mois pour éviter le risque d'un syndrome de sevrage (22).

1.5 Rationnel de l'étude

En France, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) indique qu'une personne sur cinq souffrira de dépression un jour dans sa vie (44). Cela représente donc un enjeu majeur de santé publique.

Le médecin généraliste se trouve au cœur de cette problématique étant le professionnel de santé le plus consulté par les patients souffrant de dépression. Une étude réalisée en 2007 a montré

que plus de la moitié des patients de l'étude (57,8 %) rechercherait d'abord un médecin généraliste en cas de difficultés psychologiques ou comportementales, suivi d'un psychologue (15,1 %) et d'un psychiatre (14,6 %) (45).

Selon l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) conduite par Dumesnil en 2011, à l'échelon national, 88,8 % des médecins généralistes débuteraient une prise en charge thérapeutique seuls sans prendre d'avis. 66 % des médecins généralistes prescriraient des antidépresseurs, cette part restant élevée même en cas de dépression légère (61 %) (46).

La prescription d'antidépresseurs en médecine générale n'a cessé d'augmenter, avec des durées de prescription de plus en plus longues (47). Cependant, une enquête a montré que 30 à 50 % des prescriptions au long cours n'avaient aucune indication fondée sur des preuves pour une utilisation à long terme (48).

Et inversement, la prescription de traitements antidépresseurs d'une durée inférieure aux recommandations internationales est très fréquente en France. En effet, une étude de 2010 réalisée à partir des bases de données de l'assurance maladie a montré que plus de la moitié recevait un traitement d'un mois ou moins (49).

Il a été montré que les effets indésirables des antidépresseurs pouvaient limiter la qualité de vie et la fonction sociale des patients en plus de limiter l'adhésion au traitement (50). Il paraît donc intéressant de se concentrer sur la gestion des effets secondaires en les surveillant pour augmenter la probabilité de continuer l'adhésion des patients au traitement.

De plus, chez les patients souffrant de dépression avec un traitement, la nécessité d'un suivi médical est nécessaire tant pour surveiller l'évolution clinique que la tolérance médicamenteuse. A notre connaissance, aucune étude n'a donc évalué les modalités de surveillance d'un traitement antidépresseur en cabinet de médecine générale en Picardie.

1.6 Objectif

Dans ce travail de thèse, nous avons voulu faire une analyse de pratique, évaluant les modalités de suivi des prescriptions d'antidépresseurs par les médecins généralistes en Picardie.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Procédure

Ce travail a été mené à travers une étude prospective. Après recensement des participants éligibles, les réponses ont été recueillies par le biais d'un questionnaire diffusé en ligne et envoyé par courrier électronique (e-mails). Le questionnaire était anonyme, organisé en six parties (Annexe 2).

La première partie étudiait les données socio-démographiques, la deuxième le cursus professionnel, la troisième le diagnostic de l'EDC, la quatrième la prise en charge, la cinquième les modalités de suivi et de prescription de l'antidépresseur et la dernière le ressenti global.

2.1.1 Méthode d'analyse de données

Les variables qualitatives ont été décrites à partir de leur fréquence d'apparition dans les échantillons. Les valeurs quantitatives ont été décrites à partir de leur moyenne et de leur écart type. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Xlstat 2019.

2.2 Participants

Les participants étaient des médecins généralistes thésés ou non en exercice (cabinet de ville, semi rural, rural...) en Picardie. Ils prenaient en charge des sujets souffrant de dépression.

3 RESULTATS

3.1 Données socio-démographiques

93 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, la majorité étant des femmes (72%). L'âge moyen des répondants était de 39,4 +/- 10,7 ans.

3.2 Coursus professionnel

La majorité des médecins généralistes répondants étaient thésés (84,9%), avec une durée moyenne d'étude de 10,5 +/- 10,7 ans.

La figure 1 permet de voir la répartition des répondants selon leur lieu d'exercice. On remarque que l'activité en milieu semi rural était la plus représentée avec 55.9 % contre 28% en milieu urbain et 17.2 % en milieu rural.

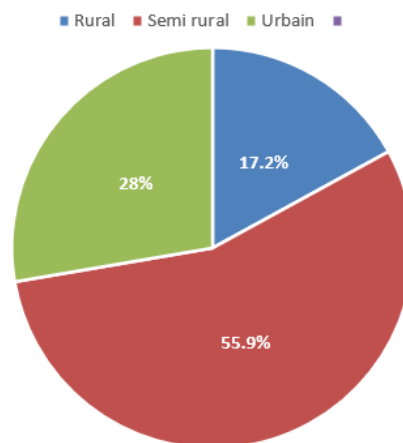


Figure 1 : Types d'exercice

Pour la plupart, ils exerçaient en cabinet de groupe (59,1%) ou maison de santé (26,9%) et 16,1% exerçaient seuls.

La pratique la plus retrouvée était un mode d'exercice libéral avec 94,6% des répondants. Les 5,4 % travaillant en milieu hospitalier étaient pour 44,4% à temps partiel, 33,3% à temps complet, et à 11,1% en garde aux urgences.

Concernant la formation en psychiatrie en plus de la formation universitaire, la majorité des médecins répondait n'en avoir aucune (83,9%). Les répondants formés, l'avait été via les formations médicales continues (FMC) (10,8%).

77.4% ont répondu ne pas avoir d'expérience professionnelle dans le domaine de la psychiatrie.

3.3 Diagnostic de l'Episode Dépressif Caractérisé (EDC)

Concernant le diagnostic de l'EDC, 67,7 % des répondants déclaraient connaître les critères diagnostiques définis par le DSM V. On remarque sur la figure 2 que seulement 7,6% des médecins l'utilisent de façon systématique.

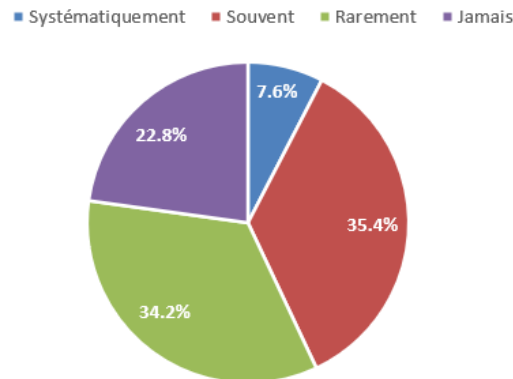


Figure 2 : Fréquence d'utilisation des critères diagnostiques de l'EDC

La plupart des répondants connaissaient l'existence d'échelles standardisées pour le diagnostic (66,7%).

Les échelles standardisées les plus connues étaient :

- L'échelle HDRS (The Hamilton Depression Rating Scale) était la plus connue (66,7%)
- L'échelle MADRS (échelle de dépression de Montgomery et Asberg) (28,3%)
- L'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (25%)
- L'échelle BDI (Beck Depression Inventory) (10%)

Malgré la connaissance de ces outils diagnostiques, 65,6% déclaraient ne pas les utiliser soit 61 médecins généralistes répondants.

Dans la majorité des cas (69,9%), les médecins interrogés ne posaient pas le diagnostic d'EDC à l'issue d'une seule consultation.

3.4 Prise en charge de l'EDC

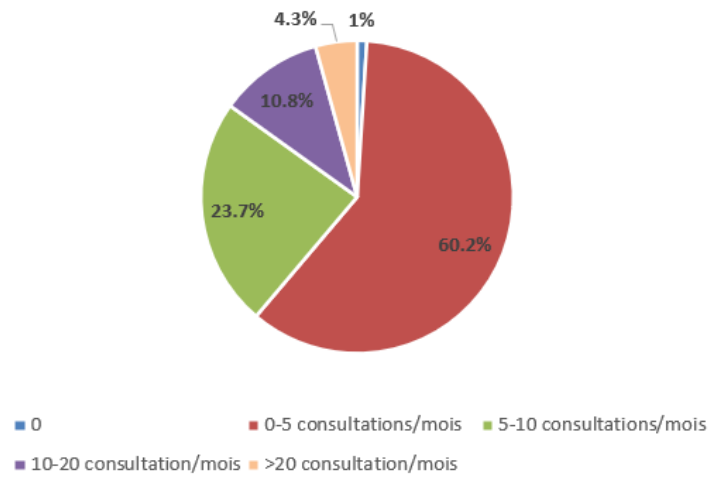
Concernant la prise en charge de l'EDC, la majorité des répondants (76,3%) déclare proposer en 1^{ère} intention une psychothérapie. 48,4% initient tout de même un traitement médicamenteux

en 1^{ère} intention, dont la classe de médicament la plus prescrite était la classe des ISRS (86,4%).

3.5 Modalité du suivi de la prescription d'antidépresseurs

La majorité des répondants (60,2%) voyait entre 0 et 5 consultations par mois des patients présentant un EDC (Figure 3).

Figure 3 : Fréquence de prise en charge des patients présentant un EDC



50,5% ont répondu qu'ils connaissaient le bilan à réaliser selon l'ATD prescrit et 55,9% le réalisaient, mais rarement de façon systématique (21,6%).

Les praticiens prescrivant un bilan prescrivait dans la majorité un bilan hépatique, une numération de formule sanguine (NFS), un bilan rénal, un bilan thyroïdien ; respectivement 82,8%, 80,6%, 79,6%, 77,4%.

Pour ce qui concerne l'information du patient, 57% des répondants réalisaient de manière systématique une éducation thérapeutique au cours de la prescription. 59,1% informaient le patient des effets indésirables de l'ATD lors de l'introduction. Mais dans la grande majorité des cas (89,2%) les répondants n'informaient pas de la prescription l'entourage du patient.

Concernant la fréquence du suivi, 77 médecins répondants (82,8%) réévaluaient de façon systématique le patient après l'introduction du traitement. Et dans la grande majorité des cas, le patient était réévalué moins d'un mois après le début du traitement (82,8%), alors que 15,1% affirmaient le réévaluer une semaine après et 2,2% plus d'un mois après.

La fréquence de réévaluation était adaptée en fonction du type de population chez 75,3% des répondants.

Concernant la connaissance des effets indésirables à rechercher après l'introduction du traitement, 71% des répondants ont répondu avoir un niveau de connaissance « moyen », 16,1% « bon » et 12,9% « mauvais ».

Lors de la réévaluation du patient, 94,6% des répondants recherchaient des effets indésirables du traitement, 92,5%, une modification de l'humeur, 90,3% un risque suicidaire, 81,7% des effets secondaires. Les principaux effets indésirables rencontrés en pratique étaient la prise pondérale (73,1%), les troubles de la libido (71%), les troubles digestifs (68,8%), une sécheresse buccale (59,1%), des céphalées (40,9%). Ces effets indésirables étaient souvent recherchés (54,8%).

La grande majorité des praticiens déclarait avoir déjà effectué un switch de molécule dans les 4 semaines après l'initiation du traitement, soit 69,9%. Les principales raisons de ce switch étaient dues pour la plupart à une mauvaise tolérance du traitement (90,9%), aux effets indésirables (68,2%), à la demande du patient (25,8%), à une inefficacité thérapeutique (19,7%) ou encore une réaction allergique (16,7%).

Sur les 93 médecins interrogés, 87 d'entre eux (93,5%) ont répondu avoir déjà arrêté un traitement ATD. Après cet arrêt, les patients étaient réévalués systématiquement pour 48,3% des répondants, souvent pour 39,3% et rarement pour 12,4%. Les principaux signes cliniques recherchés suite à l'arrêt étaient une anxiété (90,3%), une modification de l'humeur (89,2%), des insomnies (69,9%), un risque suicidaire (66,7%).

A la question concernant la surveillance de l'efficacité du traitement les principaux outils utilisés étaient pour la plus grande majorité des cas la réévaluation clinique (98,9%). Les échelles standardisées étaient utilisées pour 19 des médecins soit 20,4%.

Le traitement antidépresseur était maintenu en moyenne :

- Entre 6 mois et 12 mois pour la majorité (74,2%).
- 6 mois : 17,2%
- 1 an : 3,2%
- Plus d'un an : 5,4%

50,5% des praticiens orientent rarement le patient vers un spécialiste et 45,2% souvent.

Les principales raisons du recours au spécialiste étaient à 89,2% liée à un échec thérapeutique, à 88,2% un risque suicidaire, à 74,2% pour des comorbidités addictives.

3.6 Ressenti des participants

Concernant le ressenti du médecin sur la manipulation des traitements ATD, 64,5% se sentaient à l'aise, 30,1% pas à l'aise et seulement 5,4% très à l'aise.

50,5% des répondants pensaient avoir assez de connaissances pour la prescription d'ATD. Mais 75,3% souhaiteraient avoir une formation complémentaire en psychiatrie et plus particulièrement sur la prise en charge d'un EDC.

52,7% estimaient avoir un niveau de connaissance moyen concernant l'offre de soin en psychiatrie, 30,1% un niveau mauvais et 17,2% un bon niveau.

4 DISCUSSION

4.1 Discussion des résultats

Ce travail prospectif s'intègre dans le cadre d'une analyse de pratique, évaluant les modalités de surveillance de l'antidépresseur en médecine générale plus spécifiquement en Picardie.

Nous avons confronté nos résultats à la littérature nationale (notamment celles de la HAS) et internationale ainsi qu'à l'expérience clinique, afin d'en tirer des conclusions et des perspectives d'amélioration de ces pratiques dans la région.

4.1.1 Données socio-démographiques

La moyenne d'âge de la population était de 39,4 +/- 10,7 ans, ce qui correspond à une population de répondant jeune. Le nombre de répondant était de 93. La majorité des répondants de l'étude était des femmes (72%). Dans le dernier rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) concernant la démographie médicale, on retrouve que la majorité des praticiens étaient des femmes, et que cette population avait globalement rajeuni (51).

4.1.2 Prise en charge de l'EDC

L'échelle d'Hamilton était la plus utilisée (66,7%), cela peut s'expliquer par le fait qu'une grande majorité des logiciels utilisés par les médecins généralistes contenait des versions informatisées de l'échelle d'Hamilton. L'autre hypothèse serait en lien avec la cotation de l'acte effectué durant la consultation auprès de la sécurité sociale, l'échelle d'Hamilton étant la seule référencée pour la facturation de l'acte. Pour autant, 65,6% déclaraient ne pas l'utiliser. Le temps de passation de cette échelle est chronophage (environ 30 minutes). Selon une étude réalisée par la DREES en 2002, le temps moyen d'une consultation en médecine générale était de 16 minutes (52). Ces différents chiffres peuvent expliquer les résultats obtenus.

76,3% des médecins proposaient une psychothérapie en 1^{ère} intention et 48,4% introduisaient un traitement médicamenteux en 1^{ère} intention, ce qui reste une part élevée. Nos résultats vont dans le sens ceux obtenus dans l'enquête de la DREES conduite par Dumesnil en 2011, à l'échelon national (46), qui retrouve que 88,8 % des médecins généralistes débutaient une prise

en charge thérapeutique seuls sans prendre d'avis de spécialiste et 66 % prescrivaient des antidépresseurs, même en cas de dépression légère (61 %).

L'ISRS était la molécule la plus prescrite (86,4%), ce qui correspond aux recommandations actuelles : l'ISRS étant l'antidépresseur recommandé en 1^{ère} intention (4).

4.1.3 Surveillance de l'antidépresseur

Dans notre étude, 55,9% réalisaient un bilan pré-thérapeutique et 21,6% le faisaient systématiquement mais 33,8% le faisaient rarement. Selon les recommandations actuelles, il n'y a pas de bilan paraclinique systématique à réaliser avant la prescription d'ISRS ou ISRSNa (53). L'ECG est recommandé chez tout patient avec comorbidité psychiatrique en pré-thérapeutique et en surveillance annuelle en raison d'un sur-risque de pathologies cardiovasculaires dans cette population. Il était réalisé chez 23,7% des participants.

Concernant le suivi, 82,8% des répondants réévaluaient le patient dans le mois qui suivait la prescription mais seulement 15,1% moins d'une semaine après. La HAS recommande de réévaluer le patient lors de la première et deuxième semaine après le début du traitement pour rechercher des effets indésirables, un risque suicidaire, une réponse au traitement ou non (4). L'hypothèse serait en lien avec les délais pour obtenir une consultation qui ne permettrait pas au praticien de réévaluer le patient de manière rapprochée. De plus, le patient avec comorbidités psychiatriques nécessite davantage de temps au cours de la consultation, ce qui peut constituer un biais dans la prise en charge.

Les effets indésirables rencontrés en pratique, à savoir, la prise pondérale (73,1%), les troubles de la libido (71%), les troubles digestifs (68,8%), la sécheresse buccale (59,1%), les céphalées (40,9%) correspondent à ceux décrits dans la littérature (37,54).

Concernant la prescription et surveillance des antidépresseurs, 71% des médecins estimaient leur niveau de connaissance des effets indésirables à rechercher comme étant moyen et une grande proportion (49,5%) pensait ne pas avoir assez de connaissances pour prescrire ce type de molécule. Pour autant, 64,5% déclaraient se sentir à l'aise avec la manipulation des antidépresseurs. Ces résultats ne sont pas concordants, cela pouvant s'expliquer par un biais de déclaration, les données étant recueillies en ligne.

69,9% des médecins déclaraient avoir effectué un switch dans les 4 semaines. 90,9% et 68,2% mettaient en avant la mauvaise tolérance et les effets indésirables comme raison à ce switch

précoce. L'hypothèse serait que le médecin généraliste évalue davantage la tolérance du traitement (55). Cela peut dépendre du contenu de l'éducation thérapeutique. 57% déclaraient effectuer systématiquement une éducation thérapeutique mais 71% des médecins estimaient leur niveau de connaissance des effets indésirables à rechercher comme étant moyen.

Dans le cas où l'éducation thérapeutique du patient n'a pas été bien effectuée, ce dernier moins bien informé des effets indésirables aura tendance à s'inquiéter davantage et à rapporter les effets inhabituels ressentis. Une étude a montré qu'un manque d'éducation des patients sur les effets des antidépresseurs ainsi qu'une mauvaise qualité des relations entre médecins et patients sont des principaux facteurs déterminants de l'observance du patient (55). Les effets indésirables des antidépresseurs pouvant limiter la qualité de vie et la fonction sociale des patients ont un impact sur l'adhésion au traitement (50). Il semble donc pertinent de se focaliser sur l'éducation thérapeutique et la surveillance.

En outre, dans notre étude, 74,2% des participants déclaraient maintenir l'antidépresseur entre 6 et 12 mois. Or, une étude de 2010 réalisée à partir des bases de données de l'assurance maladie montrait que plus de la moitié recevait un traitement d'un mois ou moins (49). Ces chiffres peuvent s'expliquer par le switch de molécule anticipé par le praticien, la mauvaise observance du patient en lien avec une mauvaise tolérance ou encore par le manque d'éducation thérapeutique.

4.1.4 Connaissances de l'offre de soin en psychiatrie

Plus de la moitié des participants (50,5%) orientait les patients rarement chez le spécialiste. Les principales raisons du recours au spécialiste étaient à 89,2% liées à un échec thérapeutique, à 88,2% un risque suicidaire, à 74,2% pour des comorbidités addictives. Plus de la moitié (52,7%) déclarait avoir un niveau de connaissances moyen de l'offre de soin en Picardie, ce qui peut expliquer la limite dans l'orientation des patients.

Selon certaines études, les médecins généralistes estimaient que le système de soin en psychiatrie était complexe ou que l'offre de soins spécialisés était insuffisante.

D'après une enquête réalisée en Bourgogne, environ deux tiers des médecins généralistes regrettaient un manque d'information sur le fonctionnement du système de soin en psychiatrie et de santé mentale et déclaraient souhaiter participer à des rencontres pour améliorer leurs connaissances (56,57).

50,5% des répondants déclaraient avoir assez de connaissances pour la prescription d'ATD mais 75,3% souhaitaient avoir une formation complémentaire en psychiatrie et plus particulièrement sur la prise en charge d'un EDC. Ces chiffres questionnent l'offre par rapport aux formations en psychiatrie.

La formation du médecin généraliste en psychiatrie paraît insuffisante au cours de leur parcours universitaire : pas de stage obligatoire durant l'externat, occasion unique voire nulle (compte tenu du faible nombre de terrains de stage) de réaliser un stage en psychiatrie au cours d'un semestre libre pendant l'internat (58).

4.2 Limites de l'étude

4.2.1 Echantillon

La moyenne d'âge de la population était de 39,4 +/- 10,7 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que les praticiens actuels ont un accès privilégié à internet. Selon une enquête de la DREES, l'âge était un facteur déterminant pour l'utilisation des outils d'e-santé. En effet, les praticiens de moins de 50 ans étaient les plus nombreux à les utiliser (59).

Concernant la taille de l'échantillon, notre effectif ne permet pas de rendre cet échantillon représentatif de l'ensemble des médecins généralistes de la région. Le nombre de médecins généralistes en activité régulière et toute activité confondue en Picardie en 2021 était de 2039 (60).

4.2.2 Les biais

Il existe des biais liés au mode de recrutement et au questionnaire. Il s'agit d'un auto-questionnaire non standardisé. La subjectivité des réponses peut entraîner un biais devant des réponses sur-côtées ou à l'inverse sous-côtées. Cela peut constituer un biais de mesure et de confusion.

Le fait d'être diffusé en ligne nécessitait un accès à un internet. Pour pallier à ces biais, il aurait pu être pertinent de recueillir les réponses via un entretien semi-structuré et à l'aide d'un hétéro-questionnaire.

4.3 Perspectives

La population de patients avec comorbidités psychiatriques est un enjeu de santé publique en France (61). Selon l'étude de l'Observatoire 2021, les troubles psychiques concerneraient 1 Français sur 5 chaque année, soit 13 millions de personnes (62). La charge de la maladie mentale pèse considérablement sur l'activité du médecin généraliste (MG) dont le quart des patients présenterait une pathologie mentale (63). Les données citées par Kovess varient en fonction du champ concerné : la prévalence ponctuelle de la dépression en France est estimée autour de 6 % en population générale et 9 à 14 % en médecine générale (64). L'offre de soins en psychiatrie est assez restreinte en lien avec une diminution du nombre de psychiatres (65). Les médecins généralistes sont les premiers intervenants dans la prise en charge de ces patients avec plus de 60 % des personnes souffrant de dépression qui consulteraient un MG et seulement 10 % un psychiatre (45,66). Leur prise en charge est chronophage avec de la même manière une saturation chez les médecins généralistes dans certaines zones géographiques en Picardie. Il serait pertinent de pouvoir repenser le suivi de ces patients en pouvant inclure par exemple des infirmiers en pratique avancée (IPA). Cela pourrait permettre de désengorger les différents praticiens mais aussi les différentes structures de soin psychiatriques. Néanmoins, cela nécessite une coordination avec le praticien et la possibilité d'orienter le patient vers un médecin si l'IPA est face à une difficulté dans son évaluation clinique.

Les participants de notre étude étaient dans la majorité en demande d'une formation complémentaire en psychiatrie. Il pourrait être intéressant d'intégrer une formation obligatoire dans le cursus d'étude du médecin généraliste, au cours de l'internat notamment.

Enfin, il pourrait être pertinent devant la demande importante de consultation en médecine générale, de mettre en place une consultation dédiée avec des mesures incitatives. Cela pourrait se penser à l'aide d'un créneau spécialisé aux patients afin de les réévaluer mais aussi avec l'aide de la sécurité sociale qui permettrait une cotation spécifique afin de rémunérer la consultation en conséquence.

5 CONCLUSION

Dans ce travail original, nous avons mis en évidence un faible pourcentage (15,1%) de répondants réévaluant les patients moins d'une semaine après introduction de l'antidépresseur, parmi notre échantillon de médecins généralistes exerçant en Picardie. La surveillance des effets indésirables se faisait fréquemment, malgré un niveau de connaissance moyen des répondants et une éducation thérapeutique du patient hétérogène en pratique.

Ces modalités de suivi et de surveillance étaient hétérogènes avec des praticiens n'étant pas forcément à leur aise dans la maniabilité des traitements antidépresseurs. Les raisons étaient en lien avec une formation complémentaire en psychiatrie et une connaissance des recours encore très faibles dans la région.

Plusieurs outils pourraient être mis en place afin d'accompagner les médecins généralistes : le développement d'IPA du fait de la faible démographie médicale en psychiatrie et des mesures incitatives afin d'encadrer et de sacraliser le temps de prise en charge dans les suites de l'introduction d'un antidépresseur.

6 REFERENCES

1. Aide a la classification avec la CIM 10 (+PMSI) [Internet]. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: <http://taurus.unine.ch/icd10?term=&select=2479>
2. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
3. American Psychiatric Association, Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures, Rush AJ. Handbook of psychiatric measures. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf.
5. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 8 oct 2016;388(10053):1545-602.
6. Léon C. LA DÉPRESSION EN FRANCE CHEZ LES 18-75 ANS : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / DEPRESSION IN FRANCE AMONG THE 18-75 YEAR-OLDS: RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. :8.
7. Yumpu.com. depression-et-medecine-generale-psychiatrie-adulte-et- [Internet]. yumpu.com. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/51801277/depression-et-medecine-generale-psychiatrie-adulte-et->
8. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. nov 2006;3(11):e442.
9. 2018-01_affections-psychiques_enjeux-et-actions_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018-01_affections-psychiques_enjeux-et-actions_assurance-maladie.pdf
10. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet Lond Engl*. 18 avr 2009;373(9672):1372-81.
11. epp_cro_generique_ortho_rap_2010-08-17_15-06-11_148.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-08/epp_cro_generique_ortho_rap_2010-08-17_15-06-11_148.pdf
12. Suicides et tentatives de suicide en France | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/suicides-et-tentatives-de-suicide-en-france-0>

13. Davis LL, Frazier E, Husain MM, Warden D, Trivedi M, Fava M, et al. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *Am J Addict.* août 2006;15(4):278-85.
14. Davis LL, Frazier EC, Gaynes BN, Trivedi MH, Wisniewski SR, Fava M, et al. Are depressed outpatients with and without a family history of substance use disorder different? A baseline analysis of the STAR*D cohort. *J Clin Psychiatry.* déc 2007;68(12):1931-8.
15. Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. *L'Encéphale.* déc 2009;35:S264-8.
16. Debacq C. 9 Dépression et pathologies somatiques. :10.
17. Hazen C, Soudry Y, Consoli SM. [Depression and physical illness]. *Rev Prat.* 29 févr 2008;58(4):377-84.
18. Consoli SM, Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 11 janv 2003;32(1):10-21.
19. Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. *L'Encéphale.* déc 2009;35:S272-8.
20. Eaton WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diabetes Care.* oct 1996;19(10):1097-102.
21. Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974237/en/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale
22. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;45.
23. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. WORK GROUP ON MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. 2010;152.
24. *Antidépresseurs : Les points essentiels [Internet]. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidepresseurs-les-points-essentiels>
25. Traitement pharmacologique de la dépression - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/traitement-pharmacologique-de-la-d%C3%A9pression>
26. Hérique A, Kahn J-P. Réalités et recommandations dans la prescription et l'observance des antidépresseurs en médecine générale : évaluation des pratiques dans le traitement de la dépression en Lorraine et Champagne-Ardenne. *L'Encéphale.* févr 2009;35(1):73-9.
27. Inhibiteurs mixtes de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline IRSNA [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-mixtes-de-recapture-de-la-serotonine-et-de-la-noradrenaline-irsna>
28. depression.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/depress/depression.pdf>

29. Schneider J, Patterson M, Jimenez XF. Beyond depression: Other uses for tricyclic antidepressants. *Cleve Clin J Med.* déc 2019;86(12):807-14.
30. FMPMC-PS - Pharmacologie - Niveau DCEM1 [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmacology/poly/POLY.Chp.15.6.html>
31. Mouaffak F. Electroconvulsivothérapie et dépression. :14.
32. de Carvalho W. L'Électroconvulsivothérapie (ECT) aujourd'hui. *L'Encéphale.* juin 2009;35:S137-9.
33. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151-5.
34. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Can J Psychiatry.* sept 2016;61(9):561-75.
35. Lefaucheur J-P, André-Obadia N, Poulet E, Devanne H, Haffen E, Londero A, et al. Recommandations françaises sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS): règles de sécurité et indications thérapeutiques. *Neurophysiol Clin Neurophysiol.* déc 2011;41(5-6):221-95.
36. Stimulation magnétique transcrânienne dans le traitement de la dépression pharmacorésistante de l'adulte. 2020;39.
37. VIDAL, L'intelligence médicale au service du soin [Internet]. VIDAL. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
38. Efficacité des antidépresseurs - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/afssaps/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Efficacite-des-antidepresseurs>
39. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition Clinical Practice Guidelines [Internet]. Guideline Central. [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/practice-guideline-for-the-treatment-of-patients-with-major-depressive-disorder-third-edition/#section-society>
40. Papakostas GI, Perlis RH, Scalia MJ, Petersen TJ, Fava M. A Meta-Analysis of Early Sustained Response Rates Between Antidepressants and Placebo for the Treatment of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychopharmacol.* févr 2006;26(1):56-60.
41. Wade A, Friis Andersen H. The onset of effect for escitalopram and its relevance for the clinical management of depression. *Curr Med Res Opin.* nov 2006;22(11):2101-10.
42. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux L, Van Noord M, et al. Comparative Benefits and Harms of Second-Generation Antidepressants for Treating Major Depressive Disorder. *Ann Intern Med.* 6 déc 2011;155(11):772-85.

43. Khoo AL, Zhou HJ, Teng M, Lin L, Zhao YJ, Soh LB, et al. Network Meta-Analysis and Cost-Effectiveness Analysis of New Generation Antidepressants. *CNS Drugs*. 1 août 2015;29(8):695-712.
44. Dépression · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
45. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. déc 2007;7(1):188.
46. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. The management of depression in general medicine in the city. *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;90(5):341-52.
47. Kendrick T, Stuart B, Newell C, Geraghty AWA, Moore M. Changes in rates of recorded depression in English primary care 2003–2013: Time trend analyses of effects of the economic recession, and the GP contract quality outcomes framework (QOF). *J Affect Disord*. juill 2015;180:68-78.
48. Cruickshank G, MacGillivray S, Bruce D, Mather A, Matthews K, Williams B. Cross-sectional survey of patients in receipt of long-term repeat prescriptions for antidepressant drugs in primary care. *Ment Health Fam Med*. juin 2008;5(2):105-9.
49. Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, Verdoux H. Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie. *L'Encéphale*. mai 2011;37:S36-41.
50. Cassano P, Fava M. Tolerability Issues During Long-Term Treatment with Antidepressants. *Ann Clin Psychiatry*. janv 2004;16(1):15-25.
51. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
52. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
53. Prescription et surveillance des psychotropes [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.psychiaclic.fr/guide-therapeutique/prescription-et-surveillance-des-psychotropes>
54. Khawam EA, Laurencic G, Malone DA. Side effects of antidepressants: an overview. *Cleve Clin J Med*. 1 avr 2006;73(4):351-3.
55. Lin EHB, Korff MV, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, et al. The Role of the Primary Care Physician in Patients' Adherence to Antidepressant Therapy. *Med Care*. janv 1995;33(1):67-74.
56. Plantard M-E, Bonin B, Université de Bourgogne. Place de la santé mentale en médecine générale: résultats de l'enquête en région Bourgogne. [S.l.]: [s.n.]; 2011.

57. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. National Action Research “The Place of Mental Health in General Practice” Inf Psychiatr. 12 juin 2014;90(5):311-7.
58. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. Current State of General Practitioner Training in Psychiatry and Mental Health in France. Inf Psychiatr. 12 juin 2014;90(5):319-22.
59. er1139.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1139.pdf>
60. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.mg_act_regul&i2=demo_med.dens_act_regul_gen_reg&s=2021&s2=2021&view=map10
61. Santé mentale [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
62. Les 10 chiffres clés de l'Observatoire 2021 sur la santé mentale [Internet]. La Mutualité Française. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/les-10-chiffres-cles-de-lobservatoire-2021-sur-la-sante-mentale/>
63. Sartorius N, Ustün TB, Organization WH. Mental illness in general health care : an international study [Internet]. Chichester: Wiley; 1995 [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36937>
64. Gallais J-L, Alby M-L. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. EMC - Psychiatr. janv 2004;1(1):1-6.
65. Verdoux H, Tignol J. Focus on psychiatry in France. Br J Psychiatry. 1 nov 2003;183:466-71.
66. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). [Internet]. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/9179630>

7 ANNEXE

7.1 Annexe 1 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'EDC

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

7.2 Annexe 2 : Questionnaire en ligne

ANTI-DEPRESSEURS EN MEDECINE GENERALE

Dans le cadre d'un travail de recherche, nous vous invitons à répondre au questionnaire ci-dessous. Il s'agit d'une étude de pratique évaluant les modalités de surveillance des antidépresseurs en médecine générale pour une population adulte en Picardie. Le questionnaire dure environ 5 minutes et est anonyme.

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme

2. Quel âge avez-vous ?

CURSUS PROFESSIONNEL

3. Etes-vous thésé(e)?

- Oui
- Non

Si oui, depuis quelle année ?

4. Quel est votre type de pratique ?

- Rural
- Semi rural
- Urbain
- Mixte
- Autre

5. Dans quelles conditions exercez-vous ?

- Seul
- Cabinet de groupe
- Maison de santé
- Autre

6. Travaillez-vous en milieu hospitalier ?

- Oui
- Non

Si oui,

- Temps partiel
- Temps complet
- Autre

7. Avez-vous une formation en psychiatrie en plus de votre cursus universitaire?

- Diplôme universitaire (DU)
- Formation médicale continue (FMC)
- Capacité
- Autre

8. Avez-vous une expérience professionnelle en psychiatrie (hôpital, établissement médico social, ect....) ?

- Oui
- Non

DIAGNOSTIC DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (EDC)

9. Connaissez-vous les critères diagnostics de l'EDC définis par le DSM V (5ème version du manuel diagnostique des maladies mentales)

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence utilisez-vous ces critères ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

10. Avez-vous connaissance de l'existence d'échelles standardisées permettant de diagnostiquer un EDC ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

- BDI (beck depression inventory)
- HADS (hospital anxiety and depression scale)
- HDRS (The Hamilton Depression Rating Scale)
- MADRS (échelle de Dépression de Montgomery et Asberg)
- Autre

11. Les utilisez-vous?

- Oui
- Non

12. Posez-vous le diagnostic d'EDC à l'issu d'une seule consultation ?

- Oui
- Non

PRISE EN CHARGE

13. Concernant la prise en charge, proposez-vous une psychothérapie (de soutien, thérapie cognitivo-comportementale, psychanalyse) en 1ère intention ?

- Oui
- Non

14. Initiez-vous un traitement médicamenteux en 1ère intention ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle est la molécule prescrite ?

- Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNa)
- Antidépresseurs tricycliques
- Inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO)

MODALITE ET SUIVI DE LA PRESCRIPTION D'ANTIDEPRESSEUR

15. A quelle fréquence prenez-vous en charge des patients présentant un EDC ?

- 0
- 0-5 consultations /mois
- 5-10 consultations/mois
- 10-20 consultations /mois
- >20 consultations/mois

16. Savez-vous quel bilan réaliser selon l'antidépresseur introduit ?

- Oui
- Non

17. Réalisez-vous un bilan pré-thérapeutique ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

18. Quels sont les examens prescrits dans ce cas ?

- Numération formule sanguine (NFS)
- Plaquettes
- Ionogramme
- Bilan rénal (créatininémie, urée)
- Bilan hépatique (transaminases, GGT, PAL)
- Bilan lipidique (TG, HDLc, LDLc)
- Bilan thyroïdien (TSH, T4)
- ECG (électrocardiogramme)
- Autre

19. A quelle fréquence réalisez-vous une éducation thérapeutique à votre patient au cours de la prescription de l'antidépresseur ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

20. A quelle fréquence informez-vous le patient des effets indésirables et secondaires lors de l'introduction de l'antidépresseur ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

21. L'entourage est-il également informé ?

- Oui

Non

22. A quelle fréquence réévaluez-vous le patient après l'introduction du traitement ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

23. Adaptez vous la fréquence de réévaluation en fonction du type de population (sujet âgé, femme enceinte, etc...)

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais été confronté à cette situation

24. Combien de temps après l'introduction de l'antidépresseur réévaluez-vous le patient ?

- Une semaine après
- Moins d'un mois
- Plus d'un mois
- Jamais

25. Lors de la réévaluation du patient, que recherchez-vous ?

- Une modification de l'humeur (amélioration ou non)
- Un risque suicidaire
- Des effets indésirables
- Des effets secondaires
- Autre....

26. Quels sont les effets indésirables ou secondaires que vous avez rencontrés dans votre pratique ?

- Troubles digestifs (constipation, nausées...)
- Troubles de la libido
- Céphalées
- Hypertension artérielle
- Sécheresse buccale
- Prise pondérale
- Autres

27. Quel est, selon vous, votre niveau de connaissance des effets indésirables à rechercher après l'introduction de l'antidépresseur ?

- Bon
- Moyen
- Mauvais

28. A quelle fréquence recherchez-vous la présence d'effets indésirables liés aux antidépresseurs ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

29. Avez-vous déjà effectué un switch de molécule dans les 4 semaines ayant suivi l'introduction de l'antidépresseur ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle était la raison de ce switch ?

- Mauvaise tolérance
- Effets indésirables
- Réaction allergique
- Demande du patient
- Inefficacité thérapeutique
- Autre

30. Concernant la surveillance de l'efficacité, quels sont les moyens ou outils utilisés en pratique courante ?

- Réévaluation clinique de la symptomatologie
- Échelle standardisée
- Je n'évalue pas l'efficacité de l'antidépresseur

31. Combien de temps en moyenne maintenez-vous le traitement antidépresseur ?

- 1 mois
- 6 mois
- Entre 6 mois et 12 mois
- 1 an
- Plus d'un an

RESSENTI

32. Avez-vous déjà arrêté un traitement antidépresseur ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence réévaluez-vous le patient après l'arrêt de l'antidépresseur?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

33. Quels sont les signes ou troubles que vous recherchez suite à l'arrêt d'un traitement antidépresseur ?

- Tremblements
- Sueur
- Anxiété
- Vertiges
- Insomnie
- Risque suicidaire
- Modification de l'humeur
- Autre

34. A quelle fréquence orientez-vous les patients vers un spécialiste ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

35. Dans quelle situation orientez-vous les patients vers un psychiatre ?

- Echec thérapeutique
- Risque suicidaire
- Apparition d'effets indésirables
- Comorbidités addictives
- Orientation systématique
- Autre

36. Vous sentez-vous à l'aise avec la manipulation des traitements antidépresseurs ?

- Très à l'aise
- A l'aise
- Pas à l'aise

37. Pensez-vous avoir assez d'outils/connaissances pour la prescription de ce type de molécule ?

- Oui
- Non

38. Souhaiteriez-vous avoir une formation complémentaire concernant la psychiatrie et plus particulièrement la prise en charge d'un EDC ?

- Oui
- Non

39. Quel est votre niveau de connaissance de l'offre de soins en psychiatrie en Picardie ?

- Bon
- Moyen
- Mauvais

RESUME

Titre : Surveillance des antidépresseurs en médecine générale en Picardie

Introduction : L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est défini par une modification pathologique de l'humeur. Il s'agit d'un enjeu de santé publique. Le médecin généraliste se trouve au cœur de cette problématique étant le professionnel de santé le plus consulté par les patients souffrant de dépression. La prescription d'antidépresseurs en médecine générale n'a cessé d'augmenter, avec des durées de prescription de plus en plus longues. A notre connaissance, aucune étude n'a évalué les modalités de surveillance d'un traitement antidépresseur en cabinet de médecine générale en Picardie.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude prospective. Les participants avaient accès au questionnaire en ligne et par e-mail. Les caractéristiques socio-démographiques et le cursus professionnel ont été recueillies. Les modalités de diagnostic de l'EDC, sa prise en charge et le suivi de la prescription ont été analysées ainsi que le ressenti des participants par rapport à ses différentes variables.

Résultats : 93 médecins généralistes ont été inclus. 15,1% de répondants réévaluaient les patients moins d'une semaine après introduction de l'antidépresseur (ATD). La surveillance des effets indésirables se faisait fréquemment, malgré un niveau de connaissance moyen des répondants et une éducation thérapeutique du patient hétérogène en pratique. Ces modalités de suivi et de surveillance étaient hétérogènes avec des praticiens n'étant pas forcément à leur aise dans la maniabilité des traitements antidépresseurs.

Conclusion : Cette étude préliminaire a mis en évidence un faible pourcentage de médecins généralistes réévaluant les patients moins d'une semaine après introduction de l'ATD. Plusieurs outils pourraient être mis en place afin d'accompagner les médecins généralistes : mise en place d'Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) ou encore des mesures incitatives avec un temps de consultation dédié.

Mots clés : Episode Dépressif Caractérisé, Antidépresseur, Médecine Générale, Médecin Généraliste, Surveillance

SUMMARY

Title : Monitoring of the use of antidepressants in general medicine in Picardie

Introduction : The characterized depressive episode is defined by a pathological change in mood. This is a public health issue. The general practitioner is at the heart of this problem, being the health professional most consulted by patients suffering from depression. The prescription of antidepressants in general medicine has continued to increase, with increasingly longer prescription durations. To our knowledge, no study has evaluated the methods of monitoring antidepressant treatment in general practice in Picardie.

Material and methods : We conducted a prospective study. Participants had access to the questionnaire online and by e-mail. Socio-demographic characteristics and professional background were collected. The methods of diagnosis of depressive episode, its management and the follow-up of the prescription were analyzed as well as the feelings of the participants in relation to these different variables.

Results : 93 general practitioners participated in the study. 15.1% of respondents were reassessing patients less than a week after antidepressant treatments introduction. Monitoring of adverse effects was done frequently, despite an average level of knowledge among respondents and heterogeneous patient therapeutic education in practice. These follow-up and monitoring methods were heterogeneous with practitioners not necessarily being at ease with handling antidepressant treatments.

Conclusion : This preliminary study found a low percentage of general practitioners reassessing patients within one week of antidepressants introduction. Several tools could be put in place to support general practitioners: setting up Advanced Practice Nurses or even incentives with dedicated consultation time.

Keywords : Characterized Depressive Episode, Antidepressant, General Medicine, General Practitioner, Monitoring