

Recommandations pour traiter la **dépression** : avantages et limites de la normalisation

Un patient dépressif sur 2 n'a recours qu'au seul généraliste, qui joue donc un rôle prépondérant dans la prise en charge. Le diagnostic, conditionnant le traitement, doit s'appuyer sur les classifications en vigueur. Mais la normalisation actuelle a des limites qui doivent inciter à impliquer davantage les généralistes dans la réalisation des recommandations.

Les troubles dépressifs sont fréquents : selon une enquête du CREDES [1] menée en France en 1996-1997, 12 % de la population serait touchée par la dépression, dont seulement 4 % déclarerait spontanément sa maladie. Selon un travail de synthèse nord-américain [2], la prévalence de la dépression parmi les patients qui consultent en médecine générale varie de 5 à 8 % et celle de la dysthymie de 2 à 4 %. Chez les sujets âgés de plus de 65 ans, 5 % au moins souffrent d'épisode dépressif caractérisé et plus de 10 % de formes mineures de dépression (dysthymie et autres) [3]. Chez ces patients âgés, les affections cardiovasculaires, neurologiques (accident vasculaire cérébral, démence, maladie de Parkinson) et les cancers sont plus fréquents chez les sujets dépressifs. Les troubles dépressifs altèrent fortement les fonctions sociales ou les activités personnelles des patients. Ils ont le même effet négatif que les

maladies cardiaques sur la qualité de vie et les activités quotidiennes des patients, devançant même le diabète, les arthropathies ou les atteintes digestives pour ces effets. Selon les projections de l'étude *Global Burden of Disease Study* [4], l'épisode dépressif caractérisé, qui occupait en 1990 la 4^e place des maladies responsables d'invalidité, devrait passer en 2020 à la 2^e, derrière les maladies cardiaques ischémiques, mais devant les accidents de la route.

PRESCRIPTION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE : QUALITÉ VARIABLE

Les médecins généralistes jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge des troubles dépressifs. Aux États-Unis, 40 à 60 % des sujets souffrant de trouble dépressif n'ont recours qu'aux seuls médecins généralistes [5] pour leur prise en charge médicale. Or, seuls 40 à 50 % des patients atteints d'un syndrome dépressif récent et consultant leur généraliste sont identifiés comme tels par ces derniers. En outre, seulement 25 à 30 % des patients atteints d'épisode dépressif caractérisé ont reçu un traitement par antidépresseur pendant une durée de 6 mois, alors que de nombreux patients ont été traités pendant de longs mois par des tranquillisants. En France, un rapport de l'Agence du médicament [6] publié en 1998 a montré que les médecins généralistes étaient les principaux prescripteurs d'antidépresseurs. L'étude de la qualité de leurs prescriptions a révélé que 20 % des patients traités par antidépresseurs n'ont pas de diagnostic confirmé

Par **Luc Martinez**,
Bois d'Arcy (78),
Société française
de médecine
générale.

Courriel:
luc.martinez@wanadoo.fr

JNIMG

TABLEAU I – CRITÈRES DIAGNOSTIQUES POUR ÉVALUER UN TROUBLE DÉPRESSIF, SELON LE DSM-IV

Symptômes	Critères diagnostiques
Symptômes peu spécifiques de dépression – troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie); – agitation ou ralentissement psychomoteur – trouble de l'appétit (augmenté ou diminué) ou perte ou gain de poids; – difficultés de concentration; – fatigue ou perte d'énergie.	Épisode dépressif caractérisé (EDC) – Présence d'au moins 5 des 9 symptômes précédents tous les jours depuis 15 jours, et représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins l'un des symptômes est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt. – Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte; ils induisent une souffrance significative. Ils ne sont pas imputables aux effets d'une substance. Ils ne sont pas expliqués par un deuil.
Symptômes spécifiques de dépression – humeur dépressive; – perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités; – sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée; – idées suicidaires ou pensées de mort récurrentes.	
	Épisode dysthymique – Humeur dépressive avec 2 autres symptômes présents plus d'un jour sur 2 depuis au moins 2 ans. Pas de période de rémission supérieure à 2 mois.
	Troubles dépressifs non spécifiés – Nombre insuffisant de symptômes (moins de 5), ou durée insuffisante (inférieure à 15 jours) pour le diagnostic d'EDC, de dysthymie. Épisode dépressif mineur, trouble dépressif bref récurrent.

DÉPRESSION

d'épisode dépressif caractérisé, les 2/3 des patients sous antidépresseurs reçoivent simultanément un autre psychotrope (anxiolytique principalement), et les durées de prescription sont trop longues (supérieures à 1 an dans la moitié des cas).

UN DIAGNOSTIC RIGOREUX POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Le diagnostic est une étape importante de la prise en charge des maladies dépressives car il conditionne les choix thérapeutiques et permet de porter un pronostic sur l'évolution de la maladie. La reconnaissance de l'épisode dépressif caractérisé nécessite d'identifier de nombreux symptômes et de préciser leur évolution.

Il existe actuellement 2 systèmes de classification qui utilisent des critères pour établir ce diagnostic. L'un a été élaboré par l'Association américaine de psychiatrie [7] (le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM-IV], tableau I), l'autre a été développé par l'OMS (CIM 10) [8].

PRISE EN CHARGE CODIFIÉE

Des règles précises de prescription

La prescription des médicaments antidépresseurs, en cas de trouble dépressif, obéit à des règles précises. Elle est régie par des critères reconnus de « bonne pratique » (RMO, fiches de transparence, libellés de l'Autorisation de mise sur le marché des différentes molécules, Recommandations et références médicales de l'ANAES) (tableau II).

Mais une efficacité pas toujours prouvée

Les médicaments antidépresseurs et les psychothérapies adaptées à la dépression ont fait la preuve de leur efficacité dans l'épisode dépressif caractérisé. En revanche, ces deux catégories de traitement n'ont pas encore prouvé leur efficacité dans les formes sub-

syndromiques de la dépression. Ce manque de preuve d'efficacité est d'autant plus préjudiciable que la prévalence des formes « mineures » de dépression dépasse celle de l'épisode dépressif caractérisé, laissant ainsi le médecin généraliste sans recommandation forte pour traiter ses patients déprimés.

NORMALISATION : AVANTAGES ET LIMITES

La normalisation concerne aussi bien la démarche diagnostique que les indications de traitement. Appliquée initialement à la recherche clinique, la normalisation la déborde maintenant et recouvre le champ des soins. Elle a comme intérêt principal d'améliorer la reproductibilité des procédures diagnostiques ou thérapeutiques, et donc d'améliorer l'efficacité des thérapeutes. Elle a aussi des inconvénients. Son application nécessite la maîtrise d'outils structurés (diagnostiques, d'évaluation), donc une formation à leur utilisation. Lorsque celle-ci est systématique dans les essais thérapeutiques, elle conduit à ne sélectionner, pour des raisons de puissance, que des patients au diagnostic caractérisé, sans comorbidité. Les recommandations de pratique, établies à partir de ces études à fort niveau de preuve, ne s'adressent finalement qu'à une faible proportion des patients vus par les médecins généralistes. En effet, ces patients ont souvent des tableaux morbides mal caractérisés, mais sources de handicap et d'altération de la qualité de vie [9]. Il y a ainsi discordance entre les populations évaluées par la recherche clinique et celles vues en pratique quotidienne par les médecins de ville. Ce constat déborde la France [9]. Il appelle fortement à la réalisation d'études évaluant des patients comparables à ceux vus en médecine générale. Il impose de prendre en compte la réalité de la pratique ambulatoire, en particulier celle des généralistes, dans la promotion des recommandations de pratique clinique, qui leur sont le plus souvent destinées. ■

Références

1. Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 96-97. CREDES septembre 1999.
2. Depression Panel Guideline. Depression in primary care, I : detection and diagnosis. Clinical practice guideline, n° 5, Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1993. AHCPR Publication 93-0550.
3. Kroenke K. A 75-year-old man with depression. JAMA 2002 ; 287 : 1568-76.
4. Murray CJL, Lopez AD. Alternatives projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997 ; 349 : 1498-504.
5. Wells K.B, Schoenbaum M, Unützer J. Quality of care for primary care Patients with depression in managed care. Arch Fam Med 1999 ; 8 : 529-36.
6. Agence du médicament. Direction des études et de l'information pharmaco-économiques. Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments. Étude de la consommation et de la prescription des antidépresseurs en ambulatoire, juillet 1998.
7. Association américaine de psychiatrie. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition. Traduction de l'anglais coordonnée par JD Guelfi. Paris : Masson, 1994.
8. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Traduction de l'anglais coordonnée par CB Pull. Paris : Masson, 1993.
9. Gallo JJ, Coyne JC. The challenge of depression in late life. Bridging science and service in primary care. JAMA 2000 ; 284 : 1570-2.

Atelier /

« Recommandations pour traiter la dépression : avantages et limites de la normalisation », animé par Luc Martinez et Pierre Lana, le dimanche 13 octobre 2002 de 11 h à 12 h 30.

TABLEAU II – RÉFÉRENCE MÉDICALE OPPOSABLE N° 47 PARUE AU JO DU 14 NOVEMBRE 1998 : MÉDICAMENTS ANTIDÉPRESSEURS

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

1. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement à un antidépresseur, en début de traitement :

- un anxiolytique,
- ou un hypnotique,
- ou un thymorégulateur,
- ou un neuroleptique.

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

2. Il n'y a pas lieu de prescrire, en première intention, plus d'un antidépresseur, lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.

3. Il n'y a pas lieu de poursuivre sans le réévaluer un traitement antidépresseur plus de 6 mois après l'obtention de la rémission complète* de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs caractérisés récurrents et rapprochés.

* Rémission complète : période durant laquelle est observée une amélioration d'une qualité suffisante pour que le patient soit considéré comme asymptomatique.