



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI
WAREMBOURG

Année : 2022-2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN
PRATIQUE AVANCEE

MENTION : PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

**OBSERVANCE DU TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR INSTAURE AU DECOURS
D'UNE HOSPITALISATION EN SERVICE DE SOINS GENERAUX :
PLUS-VALUE D'UNE PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE**

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 15h00 à Lille
(Département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Thibault ASTIER

JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Docteur Paul CHAUVET

Enseignante Infirmière :

Madame Gwladys ACOULON

Directeurs de mémoire :

Madame la Professeure Mathilde HORN

Monsieur le Docteur Benjamin DELVAL

Département facultaire de médecine

Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

Remerciements

Au Président de jury, Monsieur le Docteur Paul Chauvet,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail, ainsi que de l'intérêt que vous portez à la pratique avancée.

A Madame Gwladys Acoulon, Infirmière en Pratique Avancée, Directrice d'Études,

Je vous remercie pour votre engagement dans notre accompagnement durant ces deux années, votre pédagogie et votre détermination à valoriser ma future profession.

A l'équipe de psychiatrie de liaison du CHU de Lille,

Je remercie mes collègues infirmières, psychologues, internes de psychiatrie et Docteurs en psychiatrie pour nos échanges et votre disponibilité. Merci à Hélène et Julie sans qui je n'aurais pas trouvé le temps nécessaire à la réalisation de ce travail. Merci à Louise de m'avoir éclairé dans cette initiation à la méthodologie de recherche.

A Madame la Professeure Mathilde Horn et Monsieur le Docteur Benjamin Delval,

Je vous remercie pour la confiance accordée dans ce projet de développer la pratique avancée en psychiatrie de liaison et pour votre vision des soins, source d'inspiration. Merci de me faire l'honneur d'être mes directeurs de mémoire. Je vous remercie également pour votre accessibilité, votre disponibilité et votre bienveillance dans cet accompagnement.

A l'université de Lille,

Je remercie les responsables pédagogiques et les intervenants pour le sens donné à cette formation et la qualité des enseignements. Merci à Madame Marie-Ève Godeffroy pour votre disponibilité et votre gentillesse.

A mes camarades

Je vous remercie pour le soutien émotionnel et la richesse de nos échanges dans la construction d'une nouvelle identité professionnelle.

A ma famille

Je remercie ma compagne Christelle, pour son soutien et ses conseils d'écriture. Je remercie ma mère et mes grands-parents toujours disponibles face aux contraintes organisationnelles. Enfin, j'ai une pensée pour Lily-Rose, Lisa, Lou et Aliocha pour qui ma disponibilité a parfois fait défaut au cours de ces deux années.

Sommaire

1. Introduction

- 1.1. Episode dépressif caractérisé
- 1.2. Observance
- 1.3. Episode dépressif en service de soins généraux
- 1.4. Hypothèse et objectifs de l'étude

2. Méthode

- 2.1. Type d'étude
- 2.2. Critères de jugement
- 2.3. Population
- 2.4. Recueil des données
- 2.5. Outils d'analyse

3. Résultats

- 3.1. Sélection de la population étudiée
- 3.2. Description de la population
- 3.3. Observance du traitement antidépresseur à 3 mois
- 3.4. Evaluation complémentaire réalisée à 3 mois

4. Discussion

- 4.1. Analyse critique des principaux résultats
- 4.2. Résultats au regard de la littérature
- 4.3. Limites méthodologiques
- 4.4. Sur diagnostic et *sickness behavior*

5. Perspectives : propositions d'évolution des pratiques professionnelles contribuant à l'observance du traitement antidépresseur dans l'épisode dépressif caractérisé, de l'hôpital général au retour à domicile

- 5.1. Renforcer l'adhésion au diagnostic
- 5.2. Formaliser les stratégies éducationnelles
- 5.3. Apprécier le soutien de l'entourage
- 5.4. Utiliser des outils pour améliorer l'observance
- 5.5. Développer les stratégies non médicamenteuses
- 5.6. Assurer le lien avec la médecine de ville
- 5.7. Garantir un parcours de soin adapté et continu

6. Plus-value d'une pratique avancée infirmière

- 6.1. Promotion de l'Evidence Based Practice (EBP)
- 6.2. Compétences et champ d'action de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA)
- 6.3. Proposition d'applications concrètes pour l'amélioration de l'observance

Conclusion

Glossaire

APA : Aide Physique Adaptée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CII : Conseil International des Infirmiers

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

CMP : Centre Medico Psychologique

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

EBP : Evidence-Based Practice

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

ETP : Équivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospital Anxiety and Depression

IMAO : Inhibiteur de Monoamine Oxydase

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IPT : Psychothérapie Interpersonnelle

ISRN : Inhibiteur de la recapture de la Sérotonine-Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur de la recapture de la Sérotonine

MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

MARS : Medication Adherence Rating Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PH : Praticien Hospitalier

QUILAM : Questionnaire d'Identification des Leviers pour accompagner l'Adhésion du patient à son traitement Médicamenteux

TCC : Thérapie Comportementales et Cognitives

Avant-propos

En 2017 l'Organisation Mondiale de la Santé place la dépression comme première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde (OMS, 2017). Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ont connu une accélération sans précédent en France ces dernières années (Baromètre Santé publique France) avec un impact sur la qualité de vie (Daly et al. 2010), le risque de suicide (Rhimer et al. 2012) et les comorbidités somatiques (Moussavi et al 2007).

En France, les antidépresseurs sont actuellement la principale stratégie thérapeutique proposée. Néanmoins il existe un écart entre les recommandations d'utilisation de ces médicaments et la réalité avec des défauts d'observance et notamment des non-conformités en termes de durée de traitement et de posologie (Hérique et Kahn 2009). Ces écarts ne sont pas sans conséquences sur les symptômes dépressifs, le risque de chronicisation et de rechute (Melfi et al. 1998).

La maladie non psychiatrique avec nécessité d'hospitalisation est un facteur de vulnérabilité ; la dépression y est deux à quatre fois supérieure par rapport à la population générale avec des conséquences sur l'évolution de la maladie somatique (Olver et Hopwood 1993).

Le service de psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille est sollicité pour l'évaluation thymique des patients hospitalisés en services de soins généraux.

Après d'un échantillon de 30 patients ayant bénéficié d'un traitement antidépresseur sur recommandations du service de psychiatrie de liaison, cette étude s'intéresse aux données recueillies trois mois après l'instauration du traitement. L'objectif est d'évaluer l'observance. L'évaluation de la symptomatologie dépressive et les caractéristiques des suivis mis en place à trois mois apportent des éléments de compréhension au concept d'observance dans cette population spécifique caractérisée par l'intrication d'un trouble psychiatrique et somatique.

Ce mémoire se veut être également un travail réflexif proposant des actions concrètes dans une perspective d'amélioration des pratiques de par l'analyse des résultats à la lumière de la littérature scientifique.

Enfin, à travers les enseignements reçus et les spécificités de la pratique avancée infirmière, sa place dans ces parcours de soins sera mise en évidence.

1. Introduction

1.1. Episode dépressif caractérisé

1.1.1. Aspects historiques

Le terme de dépression est emprunté au latin *depressio*, *enfouissement* par le moyen français du quatorzième siècle. Le concept actuel d'épisode dépressif serait ainsi issu de la transformation du terme, beaucoup plus ancien, de mélancolie. Utilisé à l'Antiquité dans les champs littéraires philosophiques et religieux, le terme mélancolie était l'expression de la présence de bile noire (en grec, *melas* signifie « noir ») ou atrabile qui avec le flegme, la bile jaune et le sang, formait les quatre humeurs. On pensait alors que ces éléments cosmiques contrôlaient l'existence et les comportements humains et qu'à travers leurs différentes combinaisons ils déterminaient les caractères individuels comme flegmatique, colérique, sanguin et mélancolique.

Avec l'apparition des aliénistes, on assiste à une remise en question globale des catégories nosographiques traditionnelles. Au début du 19ième siècle, Joseph Guislain décrit la douleur morale comme maladie à part entière dans ce qu'il nomme une « *mélancolie affective* » (Guislain 1933) puis Etienne Esquirol décrit un effondrement thymique et parle de « *lypémanie* » comme un « *délire [...] avec prédominance d'une passion triste et dépressive* » (Esquirol 1938). La perturbation de l'humeur devient alors centrale.

Jean-Pierre Farlet établit une classification de l'état dépressif en 1854 présentant de nombreuses correspondances avec les classifications actuelles. Au début du 20ième siècle les aliénistes français dont Pierre Janet distinguent la mélancolie vraie ou simple par opposition aux épisodes dépressifs s'intégrant dans ce qu'on appelle aujourd'hui un trouble bipolaire.

Il faudra attendre la seconde moitié du 20ième siècle et l'émergence des théories analytiques pour que la médecine s'intéresse aux formes légères et modérées de la dépression apportant une nosographie en dehors des asiles. Le caractère endogène ou psychogène reste alors l'objet de nombreux désaccords.

Après la seconde guerre mondiale, Deltay et Kendell développent l'hypothèse d'un dérèglement biologique sous-jacent que l'électrochoc vient corriger. Ces résultats seront le fondement des découvertes des substances psychoactives, des neuroleptiques et des antidépresseurs.

Les années 60 voient l'apparition des antidépresseurs et de la première échelle d'évaluation de la symptomatologie dépressive (L'inventaire de dépression de Bec). L'Institut National de la

Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm) définit alors les états dépressifs non psychotiques (Inserm 1969). La publication en 1980 du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) par l'American Psychiatric Association propose des critères diagnostiques spécifiques de l'épisode dépressif qualifié en anglais, de « *major* » c'est-à-dire, caractérisé. La Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), en 1992, met en exergue des critères d'intensité symptomatique et de durée des épisodes dépressifs.

En 1987 est commercialisée la Fluoxétine, un antidépresseur proposant une efficacité équivalente aux antidépresseurs plus anciens avec une meilleure tolérance. Il devient en 1994 le deuxième médicament le plus vendu au monde (Lopez-Munoz et al. 2009).

1.1.2. Episode dépressif caractérisé : sémiologie et classification actuelle

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2017, le diagnostic de l'épisode dépressif est clinique, c'est-à-dire qu'il s'appuie sur des signes objectivables par l'évaluateur ainsi que sur des symptômes qui sont une expérience subjective rapportée par le patient. Cet ensemble de signes et de symptômes nommé syndrome peut varier d'un patient à un autre.

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est défini dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique (DSM-5, American Psychiatric Association, 2012) qui est la classification de référence en recherche clinique. La traduction par l'HAS de cette définition est la suivante :

« La caractéristique essentielle d'un épisode dépressif caractérisé est une période d'au moins 2 semaines pendant laquelle il existe soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités (critère A).

Les critères diagnostiques du DSM-5 pour un épisode dépressif caractérisé sont les suivants :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. N.B. : ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

2. *Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.*
3. *Perte ou gain de poids significatif (5 %) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.*
4. *Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.*
5. *Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.*
6. *Fatigue ou perte d'énergie 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 détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

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

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- « - léger : symptômes juste suffisants au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, avec peu de perturbations sociales ou professionnelles,
- moyen : plus de symptômes que nécessaire, avec des perturbations sociales ou professionnelles modérées,
- sévère : quasiment tous les symptômes, avec des perturbations sociales ou professionnelles nettes. »

1.1.3. Epidemiologie

En 2021, d'après Santé Publique France, 12,5 % de la population adulte aurait présenté un épisode dépressif caractérisé durant les 12 mois précédant l'enquête. Ce chiffre est plus élevé chez les femmes que chez les hommes quel que soit l'âge (Beck et al. 2014). Les épisodes dépressifs ont connu une augmentation exponentielle sans précédent de 2017 à 2021 (+ 36 %), seraient responsables de 35 à 45% des arrêts de travail et seraient présents dans au moins la moitié des cas de décès par suicide.

Le risque de rechute et de chronicité sont majeurs avec moins de 20% des patients présentant un seul épisode dépressif et un nombre moyen d'épisodes dépressifs de cinq à six (Anseau 2010).

En 2018 selon les données de l'Assurance maladie, les dépenses liées aux troubles psychiatriques et à l'usage des traitements psychotropes représentaient près de 14% du coût global des soins de santé se plaçant en tête des postes de dépenses par pathologie, devant les maladies cardiovasculaires et les cancers (Assurance maladie 2019). Ces dépenses sont également augmentées par les nombreuses comorbidités somatiques associées, ainsi que par l'impact négatif sur les habitudes de vie : tabagisme, alcoolisme, diminution de l'activité physique et pratiques sexuelles à risque (Lepine et al 2005, Prince et al 2007). Ces chiffres contribuent à faire de la psychiatrie et de la santé mentale une priorité de santé publique.

La région Haut de France est caractérisée par une prévalence sensiblement supérieure à la moyenne nationale (Santé publique France 2021).

1.1.4. Mécanismes en jeu

Si les mécanismes physiopathologiques de la dépression ne sont pas parfaitement élucidés, plusieurs hypothèses sont aujourd'hui couramment admises, basées sur le modèle biopsychosocial des maladies (Engel 1977). Deux processus distincts entreraient en jeu dans la dépression : psychologique et biologique. L'environnement dans lequel évolue la personne fait d'échecs, de succès, de stress ou bien de conflits, peut contribuer à la fragiliser psychologiquement. La composante biologique est caractérisée par la déplétion de certains neuromédiateurs (noradrénaline, sérotonine, dopamine), ainsi que par un dysfonctionnement de leurs récepteurs (Inserm 2019). Des modifications de la plasticité neuronale sont aussi observées avec une diminution de la capacité du cerveau à s'adapter aux changements. Cela induit une diminution de la neurogénèse par la modification du facteur qui assure le maintien en vie des neurones au niveau hippocampique (Dayer 2003). D'autres modifications

significatives de la sécrétion de mélatonine et du rétrocontrôle négatif de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien ont aussi été constatées.

1.1.5. Traitements

L'analyse approfondie de la sémiologie clinique et de son intensité ainsi que le suivi de son évolution définissent le choix et l'efficacité de la thérapie à mettre en place.

Le traitement médicamenteux souvent mis au premier plan reste un élément d'une démarche thérapeutique holistique. L'HAS cite pour leurs niveaux de preuves : les psychothérapies de soutien, cognitivo-comportementales, psycho-dynamiques et systémiques, seules ou associées avec une stratégie médicamenteuse en fonction de l'intensité de l'épisode (HAS 2017). D'autres traitements non médicamenteux se sont révélés efficaces seuls ou en association avec l'antidépresseur. C'est le cas de la photothérapie, de l'électroconvulsivothérapie et de la stimulation magnétique transcrânienne (Bottai 2008). Plus accessible mais encore peu prescrite, la pratique régulière d'une activité physique adaptée (APA) réduit les symptômes dépressifs et participe à la prévention des récurrences (Inserm 2019). L'activation comportementale ou la planification d'activité est une intervention comportementale de renforcement qui ne requiert pas de compétences complexes de la part du patient ni du médecin et qui a démontré des résultats notamment dans des études randomisées (Dimidjian et al 2006). Cependant la majorité des dispositifs de soins psychiatriques français ne disposent pas de ces stratégies alternatives ou les réservent à des formes sévères ou chroniques de dépression.

Les conseils hygiéno-diététiques sont préconisés dans l'ensemble des recommandations de bonne pratique pour la réussite du traitement quel qu'il soit et généralement délivrés en association avec la mise en place de la thérapeutique médicamenteuse : respecter le rythme nyctéméral, pratiquer une activité physique régulière, éviter la consommation d'alcool et autres substances toxiques, encourager une activité sociale régulière et poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes.

1.1.6. Antidépresseurs

Les antidépresseurs représentent 6 % des médicaments consommés en France. Ils constituent donc un enjeu médico économique. Après avoir largement augmenté fin des années 1990, leur niveau d'usage est resté stable entre 2005 et 2010 parmi les 15-75 ans (Inpes, 2014). Concernant la répartition du nombre de remboursements par personne et par année, les antidépresseurs sont

les médicaments à l'origine du plus grand nombre de remboursements. A la fin des années 1990, la mise sur le marché des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) qui présentent moins d'effets secondaires, en a favorisé une utilisation massive, notamment en médecine générale (Ehrenberg et al 2001). Ils représentent maintenant environ le tiers des prescriptions de médicaments psychotropes. Dans le contexte du premier confinement, entre mars 2020 et avril 2021, une augmentation de 1,9 million de délivrances d'antidépresseurs a été constatée en France (EPI-PHARE, 2021).

Quatre classes principales d'antidépresseurs représentent le panel de médicaments disponibles pour la prise en charge des troubles dépressifs : les tricycliques imipraminiques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et de la noradrénaline (IRSN) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase A (Imao A). En l'absence de différence significative démontrée entre les différents types d'antidépresseurs concernant leur efficacité, le choix se fait en fonction de la tolérance, des préférences du patient et des habitudes du clinicien. La HAS propose en 1^{ère} intention, en raison de leur meilleure tolérance, les ISRS et IRSN ainsi que trois antidépresseurs aux mécanismes pharmacologiques différents (Miansérine, Mirtazapine et Vortioxétine). En 2^{ème} intention, en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire, ce sont les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) qui sont préconisés (HAS 2017).

L'effet clinique du médicament apparaît en général dans les 2 premières semaines du traitement, mais dans certains cas la réponse peut être un peu plus tardive. Il est recommandé d'attendre 4 à 6 semaines avant d'évaluer l'efficacité d'un traitement antidépresseur (Weill et al 2021, McIntyre 2010).

En termes de tolérance, s'il faut attendre plusieurs semaines pour que les antidépresseurs puissent démontrer une pleine efficacité, leurs effets indésirables apparaissent beaucoup plus rapidement, souvent dans les premiers jours suivant l'instauration. Une méta-analyse compare les fréquences d'apparitions de 18 effets indésirables reportés dans 84 essais cliniques randomisés.

Ces 18 effets indésirables ont été regroupés en 4 catégories (Trinade et al 1998) :

1. Maux de tête, tremblements, troubles urinaires, hypotension ;
2. Sécheresse buccale, constipation, vertiges, transpiration, troubles de la vision, palpitations ;
3. Nausées, anorexie, diarrhées, insomnie, nervosité, fatigue ;

4. Agitation et anxiété.

Les fréquences de survenue d'effets indésirables variaient de 4 % à 26 % pour les ISRS qui sont les traitements antidépresseurs les plus prescrits en France (Hérique & Kahn, 2009).

Plus récemment, d'autres traitements médicamenteux ont montré des résultats significatifs dans le traitement de la dépression. C'est le cas de la Ketamine, un anesthésique général non barbiturique (Bottemanne et al 2022). Disponible en spray intranasal, le Spravato dispose d'une autorisation de mise sur le marché européenne dans le cadre de troubles dépressifs résistants ou dans le traitement aigu et à court terme d'éléments cliniques relevant de l'urgence psychiatrique.

Le Pramipexole, un anti-parkinsonien agissant sur la stimulation des récepteurs à la dopamine notamment au niveau du cortex pré-frontal et du système limbique, a montré un effet antidépresseur dans plusieurs études (Tundo et al 2019). Il ne dispose pas encore d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

Les traitements antidépresseurs ne s'avèrent parfois que partiellement efficaces avec 60% des personnes qui ne répondent pas ou seulement partiellement à la suite d'une première ligne de traitement bien conduite. Ils sont encore 33 % à n'avoir pas répondu au traitement après quatre lignes d'antidépresseurs (Trindade et al 1998, Lichtman et al 2014).

Dans les situations où le médicament s'avère efficace, celui-ci devra être poursuivi entre 6 et 12 mois après la disparition des symptômes pour prévenir le risque de rechute avec un arrêt progressif, accompagné par le clinicien et en dehors de période de crise ou de vulnérabilité psychosociale.

L'application de ces recommandations généralement bien intégrées par les soignants signifie la mise en œuvre d'un comportement de santé au long court pour la personne déprimée : l'observance.

1.2. Observance

1.2.1. Définition et évolution de la sémantique

L'observance est empruntée du latin « *observatia* » qui désigne l'obéissance à une règle dans le champ religieux. Ce concept est largement employé dans le domaine des soins, tout comme l'utilisation de concepts proches tels que la compliance et l'adhésion thérapeutique.

L'Académie française de Médecine propose dans son dictionnaire en ligne, la définition suivante : « *Manière qu'a une personne de se conformer aux prescriptions médicales ou aux règles d'un programme thérapeutique* » rapprochant ainsi l'observance thérapeutique du terme anglais de compliance défini par Haynes en 1979 : « *degré de concordance entre le comportement d'un individu, en termes de prise de médicaments, suivi de régime, ou changement de style de vie et la prescription médicale* ».

Le terme d'adhésion thérapeutique (ou « *adherence* » en anglais) correspond d'avantage au comportement d'acceptation exprimé ou non par le patient vis-à-vis de la stratégie de soin qui lui est proposée, l'observance étant la traduction matérielle de ce comportement vis-à-vis du traitement (Astier et al 2015).

L'observance fait donc référence à un aspect comportemental de la prise en soins du patient. Souvent appréhendée de manière dichotomique, c'est pourtant un phénomène complexe à mesurer, évoluant dans le temps et dans l'espace et influencé par l'individu, ses proches et la société à travers des événements de vie passée et des représentations.

1.2.2. Observance médicamenteuse

En termes quantitatifs, l'observance médicamenteuse peut se définir comme le taux de prises de médicament effectives rapporté au nombre de prises totales sur une période définie. Il existe des seuils standardisés en dessous desquels les patients sont catégorisés comme « *non observants* ». Il existe également des seuils théoriques fixant la limite en dessous de laquelle le traitement n'est plus efficace où des complications peuvent apparaître (Sarradon-Eck 2006). Un taux de 60% peut être considéré comme relativement acceptable pour les traitements préventifs quand on vise un seuil de 80% pour le traitement des maladies chroniques (Académie nationale de Pharmacie 2015, Le Bot 1999). Concrètement, un patient qui prendrait son traitement 6 jours par semaine serait alors considéré comme observant. Ces seuils définis de manière empirique ne sont toutefois pas universels. Au-delà de la mesure quantitative, l'étude de l'inobservance s'intéresse à ses caractéristiques (arrêts définitifs ou momentanés, oublis,

prises différées ou surdosages) et à ses causes directes (erreurs intentionnelles ou non, imputable au patient ou au tiers responsable de l'administration du traitement).

Pour étudier l'observance, des méthodes de mesure sont déployées en soins courants et en recherche clinique.

1.2.3. Méthodes de mesure de l'observance médicamenteuse

L'observance thérapeutique peut être mesurée de façon directe ou indirecte. La mesure directe consiste en plusieurs méthodes. Il peut s'agir par exemple d'un dosage issu d'un prélèvement urinaire ou sanguin de principes actifs ou de marqueurs spécifiques, de l'étude de données collectées par un pilulier électronique ou du nombre de renouvellements des ordonnances. Elle offre un constat des faits mais n'explique ni les raisons ni les nuances d'une même mesure.

La méthode indirecte est déclarative, s'appuyant sur les dires du patient. Les informations qualitatives sont privilégiées, le caractère subjectif et les croyances sont pris en compte. Elle a l'avantage de permettre une discussion autour des représentations du patient. Le principal biais lié à cette méthode de mesure est dit de désirabilité, compte tenu du comportement du patient qui souhaite être perçu comme un « *bon patient* ». Plusieurs échelles permettent l'évaluation indirecte du niveau d'observance. La Médication Adhérence rating Score en 5 items (MARS-5, annexe 2) est une échelle validée, simple, rapide (Chan et al 2020) et facilement applicable dans le cadre d'un entretien clinique en soins courant c'est-à-dire hors cadre de recherche clinique. Néanmoins, cet outil ne permet pas d'identifier les facteurs prédictifs de l'observance.

1.2.4. Déterminants de l'observance médicamenteuse

Pour identifier les déterminants de l'observance médicamenteuse, des études ont été menées depuis les années 1990. Il en ressort que les comportements de santé résultent de différents facteurs cognitifs, métacognitifs, psychosociaux, sanitaires, culturels et sociaux. 200 facteurs en relation avec l'observance et l'adhésion thérapeutique ont ainsi été étudiés ces 20 dernières années. Aucun ne permet de prédire à lui seul le comportement d'un patient face à son traitement (Tarquinio 2007).

Adopter un nouveau comportement, tel que prendre un traitement, n'est pas un processus linéaire, c'est le résultat d'une progression selon un modèle en spirale avec des étapes successives : « *la pré contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et la maintenance* » (Prochaska et Di Clémente 1982).

L'OMS décrit cinq déterminants dans l'observance médicamenteuse (Sabaté 2003) : la maladie avec son impact sur le patient, le traitement médicamenteux avec sa complexité de mise en œuvre et les contraintes qu'il impose au patient, les facteurs démographiques et socio-économiques, le patient et son entourage avec ses savoirs, ses représentations et ses ressources psychosociales et le système de soins dont la relation patient-soignant et l'organisation des soins. L'observance des traitements antidépresseurs est caractérisée par des enjeux qui lui sont propres.

1.2.5. Enjeux de l'observance des traitements antidépresseurs

Les essais thérapeutiques menés avec les antidépresseurs ont montré leur efficacité lorsqu'ils sont prescrits et pris à des doses efficaces quotidiennement et pendant des périodes de temps allant de six à neuf mois (Gasquet et al 2001). La principale conséquence de la mauvaise observance d'un antidépresseur pour le patient est l'inefficacité de son traitement. Le risque de tentative de suicide qui est élevé chez les personnes déprimées non ou mal traitées est augmenté. Il y a également une augmentation du risque de passage à la chronicité, par rechute précoce ou récurrence dépressive (Melfi et al 1998). La non-observance serait en cause dans environ un tiers des cas de résistance aux antidépresseurs.

Prendre conscience du phénomène d'observance dans sa pratique est une étape nécessaire pour l'identifier, en comprendre les facteurs prédictifs et en limiter les conséquences.

« C'est un péché mignon, bien humain par ailleurs, du monde médical de penser que les problèmes d'observance concernent toujours les patients des autres » (Bertschy 2007).

1.3. Episode dépressif en service de soins généraux

1.3.1. Epidémiologie

La maladie physique est fortement associée à la dépression. La prévalence des troubles dépressifs est 2 à 4 fois plus élevée chez les patients présentant une pathologie somatique (Olver et Hopwood 2013). Elle s'élève à environ 25 % chez les patients hospitalisés en milieu non psychiatrique, toutes pathologies confondues. La prévalence peut varier selon la pathologie somatique dont le pronostic vital, la pénibilité des symptômes, les douleurs, les effets iatrogènes et le retentissement fonctionnel restent variables. Ainsi la prévalence est de 12 à 27 % dans les pathologies cardiovasculaires, de 11 à 37 % dans l'insuffisance rénale, de 11 à 31 % dans le diabète ou encore de 13 à 32 % chez les patients atteints de cancers.

La dépression est un facteur de risque de mauvais pronostic des maladies physiques car elle a un impact majeur et constant sur l'observance dans les maladies somatiques (Rivelli et Shirey 2014). Elle est associée à un fonctionnement plus faible dans toute une série de domaines de qualité de vie chez les patients souffrant d'une maladie physique (DiMatteo et al 2000). Des associations entre la dépression et la mortalité ont également été rapportées dans des groupes de patients physiquement malades (Booth et al 1998, Herrmann et al 2000, Silverston 1996).

1.3.2. Spécificités du diagnostic de l'épisode dépressif à l'hôpital général

L'épisode dépressif à l'hôpital général est sous diagnostiqué. Ainsi, seulement 50 % des cas seraient dépistés par les professionnels de santé (Arfken et al 1999).

En grande majorité, l'initiation de la démarche diagnostique vient du professionnel de santé ou des proches et plus rarement du patient lui-même. Cela est attribuable à la symptomatologie dépressive en elle-même mais peut également s'expliquer par un déni des troubles, un sentiment de honte ou la crainte d'un suivi ou d'un traitement médicamenteux.

Chez les soignants, le sous diagnostic peut s'expliquer de 4 façons. En premier lieu, il peut être imputable au manque de temps ainsi qu'à l'inconfort ressenti face à la détresse psychique, aux idées morbides et à ce qui renvoie à un sentiment d'impuissance. En second lieu, la symptomatologie dépressive peut être masquée par des plaintes somatiques au premier plan (douleur, dyspnée par exemple), rendant plus difficile l'identification et le repérage des symptômes psychiatriques. Le diagnostic des états dépressifs à l'hôpital général doit en troisième lieu être différencié des troubles attribués aux effets physiopathologiques directs d'une pathologie somatique. En effet, cité précédemment, le DSM-5 comporte une catégorie « trouble dépressif dû à une autre affection médicale ». Certains traitements médicamenteux sont également susceptibles d'entraîner une modification de l'humeur. Enfin, les professionnels peuvent attribuer le trouble dépressif au contexte de l'hospitalisation, prenant le risque de banaliser les symptômes, alors que la dépression caractérisée ne peut être considérée comme un état de « normalité » psychique qui serait réactionnel au contexte, puisque selon les données épidémiologiques précédemment citées elle est généralement associée à mauvais pronostic fonctionnel, voire vital, des pathologies somatiques.

Pour toutes ces raisons, l'intervention d'une équipe de psychiatrie à l'hôpital général apparaît comme essentielle afin de faciliter l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé.

1.3.3. Psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison apparaît au milieu du 20^{ème} siècle aux États-Unis avec les changements d'organisation des soins, les avancées d'après-guerre et le déclin des asiles. L'évolution de la perception du malade psychiatrique est alors rendue possible par les avancées de la pharmacologie et permet d'amorcer un retour de la psychiatrie à l'hôpital général associé à un rapprochement avec les autres disciplines. De plus l'essor du modèle « bio-psycho-social » (Engel 1977), proposé en alternative au modèle dominant « biomédical » met en évidence l'intérêt du recours à la psychiatrie pour les services de médecine et de chirurgie.

En France, la psychiatrie initie ce rapprochement en 1975 à l'Hôtel-Dieu de Paris, avec la création du service des urgences psychiatriques et par la suite avec la création de plusieurs unités de consultations dans des hôpitaux et les prémices de la psycho oncologie. Ces unités aux effectifs et aux modes d'organisation variés, visent à promouvoir les soins psychiques chez les patients atteints de pathologies somatiques et à diffuser cette culture psychiatrique à l'ensemble des acteurs de soins concernés.

En pratique, les missions de la psychiatrie de liaison actuelle répondent aux demandes émanant des services de soins somatiques. C'est principalement un rôle de consultant délivrant des avis spécialisés qui se dessine. Le Professeur Silla Consoli de l'Hôtel Dieu énumère les grands objectifs que peut poursuivre une consultation de psychiatrie de liaison : « *diagnostique, thérapeutique, pragmatique, pédagogique et scientifique* » (Lemogne et al 2018). La psychiatrie de liaison s'intéresse à la santé mentale comme à la santé dans sa globalité en travaillant sur les impacts du psychisme à l'égard en particulier des difficultés d'observance et du refus de soins. De plus, au-delà du diagnostic nosographique le clinicien doit s'intéresser au fonctionnement systémique. Il s'agit de considérer le diagnostic et la symptomatologie psychiatrique en les intégrant dans le fonctionnement du patient, de la maladie, du service et plus largement de l'institution. L'équipe de psychiatrie de liaison offre donc un service organisé et cohérent pour une prise en soins holistique et la mise en place d'activités d'enseignement et de recherche auprès des services. La présence d'intervenants permanents et identifiés au sein des services demandeurs assure une meilleure collaboration et offre une meilleure qualité de service.

De nombreux travaux ont montré l'intérêt de la psychiatrie de liaison dans le raccourcissement des durées d'hospitalisation, l'amélioration de la compliance et de la compréhension des traitements et la diminution de la comorbidité psychiatrique des patients hospitalisés pour des pathologies somatiques.

1.3.4. Psychiatrie de liaison au CHU de Lille

Le service de psychiatrie du CHU de Lille est engagé depuis sa création dans l'activité de psychiatrie de liaison. Un poste d'interne affecté uniquement à cette mission est créé en 1998. Plus récemment, une unité Fonctionnelle de Psychiatrie de Liaison et de Psychologie Médicale a été instituée.

En pratique, l'unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison et de psychologie médicale regroupe actuellement un Équivalent Temps Plein (ETP) Praticien Hospitalier (PH), un 0.5 ETP assistant, 4 internes en psychiatrie, 3 infirmiers (2,5 ETP) et une secrétaire médicale (0.5 ETP).

L'unité de psychiatrie de liaison assure une double mission : une mission de consultation et une mission de liaison. L'activité de consultations est en progression permanente avec plus de 4000 interventions par an. Les demandes d'interventions se font en grande majorité par le médecin somaticien via un numéro unique, l'équipe intervient directement dans les services de soins et majoritairement sous forme d'entretiens présentiels.

L'unité de psychiatrie de liaison s'engage également dans la promotion de la santé mentale et la sensibilisation sur les troubles psychiatriques auprès des soignants et des aidants.

Des nouvelles missions centrées sur l'interdisciplinarité ont vu le jour dans le domaine des bilans systématiques pré greffe, de la réflexion autour de situations de soins complexes ou d'intrication comme c'est le cas des troubles somatoformes. Soucieux d'assurer une continuité des soins, l'équipe travaille également en relation avec des consultations de recours (dépression résistante, psycho trauma, anxiété etc.) et avec les structures de secteur dans le cadre d'hospitalisation psychiatrique ou de soins ambulatoires.

L'évaluation thymique dans le cadre d'une hypothèse diagnostique d'épisode dépressif caractérisé par le somaticien, est l'une des principales causes d'intervention de l'équipe de psychiatre de liaison avec l'évaluation du risque suicidaire.

1.3.5. Intervention du service de psychiatrie de liaison auprès des patients déprimés

Le recours à un avis spécialisé de psychiatrie pour une évaluation thymique sous-entend que le soignant, le plus souvent un médecin, a déjà émis l'hypothèse diagnostique d'une dépression par l'identification d'une symptomatologie clinique. L'intervention de la psychiatrie de liaison auprès des patients déprimés a pour but d'écarter un diagnostic différentiel puis de confirmer

le diagnostic de dépression, d'évaluer le risque suicidaire fortement associé et de rechercher des comorbidités psychiatriques et addictologiques. Dans le cadre de cette démarche diagnostique, l'intervention porte également sur les intrications somatiques en identifiant et traitant les comorbidités physiques ou psychiatriques, dans une démarche d'approche globale et intégrative.

L'évaluation de la sévérité de la dépression repose sur l'utilisation d'échelles standardisées. Dans notre unité, nous utilisons principalement l'échelle de Montgomery et Asberg MADRS (annexe 1) qui permet une hétéro évaluation simple, courte, et qui peut être utilisée en soins courants. Elle permet d'identifier le degré de gravité de la dépression et est utilisée dans les essais cliniques portant sur l'efficacité des traitements médicamenteux. La prédominance des items psychiques sur les items somatiques permet une utilisation chez les patients atteints d'affection somatique en limitant les symptômes de recouvrement (Pellet et al 1980).

L'intervention aboutit à un plan de traitement proposé au patient et à l'équipe de soins généraux et établi en fonction des guidelines et recommandations de la HAS. Le choix du traitement de première intention s'appuie sur les recommandations tout en prenant en considération les possibilités de soins et leur accessibilité. En pratique, la réalisation de psychothérapie dans le cadre de l'hôpital général est rarement possible, du fait des ressources cognitives des patients, des examens programmés, ou de la brièveté de la durée d'hospitalisation. La stratégie médicamenteuse seule est donc majoritairement proposée en cas de diagnostic positif. Le choix de l'antidépresseur repose sur le profil de tolérance, les contre-indications et le risque d'interactions médicamenteuses ainsi que sur la documentation d'un antécédent de réponse à une molécule donnée.

A la fin du séjour en service de soins généraux, l'orientation vers des soins psychiatriques est réalisée par le service de psychiatrie de liaison. En dehors des formes sévères et des patients présentant un risque suicidaire important pour lesquels une indication d'hospitalisation est posée, l'orientation s'effectue vers les soins psychiatriques ambulatoires ou le médecin généraliste. La sortie du patient intervenant souvent avant le délai suffisant pour assurer une efficacité du traitement antidépresseur, la continuité des soins et le suivi de la prescription après l'hospitalisation sont essentiels pour l'adaptation des posologies et l'évaluation de la réponse clinique.

1.4. Hypothèse et objectifs de l'étude

La proposition d'introduction de traitement antidépresseur est donc une pratique courante du service de psychiatrie de liaison du CHU de Lille. D'après les informations recueillies dans le dossier de soins, sur une période de 6 mois, 63 patients en ont bénéficié dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé (codage des actes).

L'hypothèse émise est qu'il existe un risque de défaut d'observance du traitement antidépresseur avec une incidence sur l'évolution de l'épisode dépressif caractérisé.

L'objectif principal de l'étude est de mesurer le nombre de patients disposant d'un traitement antidépresseur à posologie efficace 3 mois après avoir été introduit au CHU de Lille par l'équipe de psychiatrie de liaison.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'observance à l'aide d'une échelle validée, l'évolution de la symptomatologie dépressive et les suivis mis en place.

2. Méthode

2.1.Type d'étude

C'est une étude pilote, quantitative, rétrospective et mono centrique.

2.2.Critères de jugement

2.2.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le nombre de patients disposant d'un traitement antidépresseur à posologie efficace trois mois après son instauration par le psychiatre de liaison lors du séjour en service de soins somatiques.

2.2.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont :

- L'observance évaluée à la MARS-5
- La sévérité de la symptomatologie dépressive à trois mois évaluée par l'échelle standardisée MADRS
- L'existence d'un suivi psychiatrique (et sa nature)

2.3.Population

2.3.1. Critères d'inclusion

Patient âgé d'au moins 18 ans hospitalisé en service de soins somatiques avec diagnostic d'épisode dépressif caractérisé indiqué sur le logiciel de codage du CHU de Lille (International Classification of Diseases code F32) et ayant bénéficié de l'introduction d'un traitement par antidépresseur sur proposition du psychiatre du service de psychiatrie de liaison puis d'un entretien téléphonique par une infirmière de psychiatrie de liaison dans le troisième mois suivant l'instauration du traitement. L'inclusion des patients est réalisée sur le premier semestre de l'année 2023.

2.3.2. Critères de non inclusion

Patients dont il est fait état de troubles cognitifs dans l'observation médicale et patients présentant une comorbidité psychiatrique ou addictologique lors de la cotation des actes sur le logiciel.

2.4. Recueil des données

Les données ont été extraites à partir du dossier de soins informatisé du CHU de Lille et dans le dossier de soins du service de psychiatrie de liaison.

Les données sur le plan psychiatrique sont issues des entretiens présents et téléphoniques réalisés par l'équipe de psychiatrie de liaison. Les données suivantes sont collectées :

- Données générales : âge, sexe, commune, situation socio professionnelle nombre de médicaments par jour, nombre de consultations avec le médecin généraliste sur les 3 derniers mois, type d'aide pour l'administration du traitement (proche, infirmière libérale).
- Données concernant l'hospitalisation en service de soins somatiques : nom du service, durée d'hospitalisation, motif d'intervention de l'équipe de psychiatrie de liaison.
- Données concernant l'intervention de psychiatrie de liaison : délai d'intervention, nombre de consultations, nombre d'entretiens avec les aidants naturels, orientation à la sortie, nombre de contacts téléphoniques avec le généraliste.
- Données concernant l'épisode dépressif : antécédent d'épisode dépressif traité par antidépresseur, classe d'antidépresseur instaurée par l'équipe de psychiatrie de liaison, score obtenu à l'échelle MADRS à 3 mois de l'instauration du traitement.
- Données concernant l'observance du traitement à 3 mois : classe du traitement antidépresseur et posologie à 3 mois, nombre de jours avec traitement efficace, conditions d'arrêt du traitement, arrêt d'autres traitements médicamenteux sur la même période, score obtenu à l'échelle de MARS-5.
- Données concernant la continuité des soins et les suivis spécialisés : nature et fréquence du suivi psychiatrique et psychologique, réalisation d'un courrier de sortie par le service de psychiatrie de liaison, nombre d'appels aux professionnels par l'équipe de psychiatrie de liaison.

Les informations recueillies sont saisies dans une table de données anonymisées conçue sur Excel.

2.5.Outils d'analyse

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Excel et Jamovi. Des tests de Student et de Welch sont réalisés en fonction de l'homogénéité des groupes (test de Levene).

3. Résultats

3.1.Sélection de la population d'étude

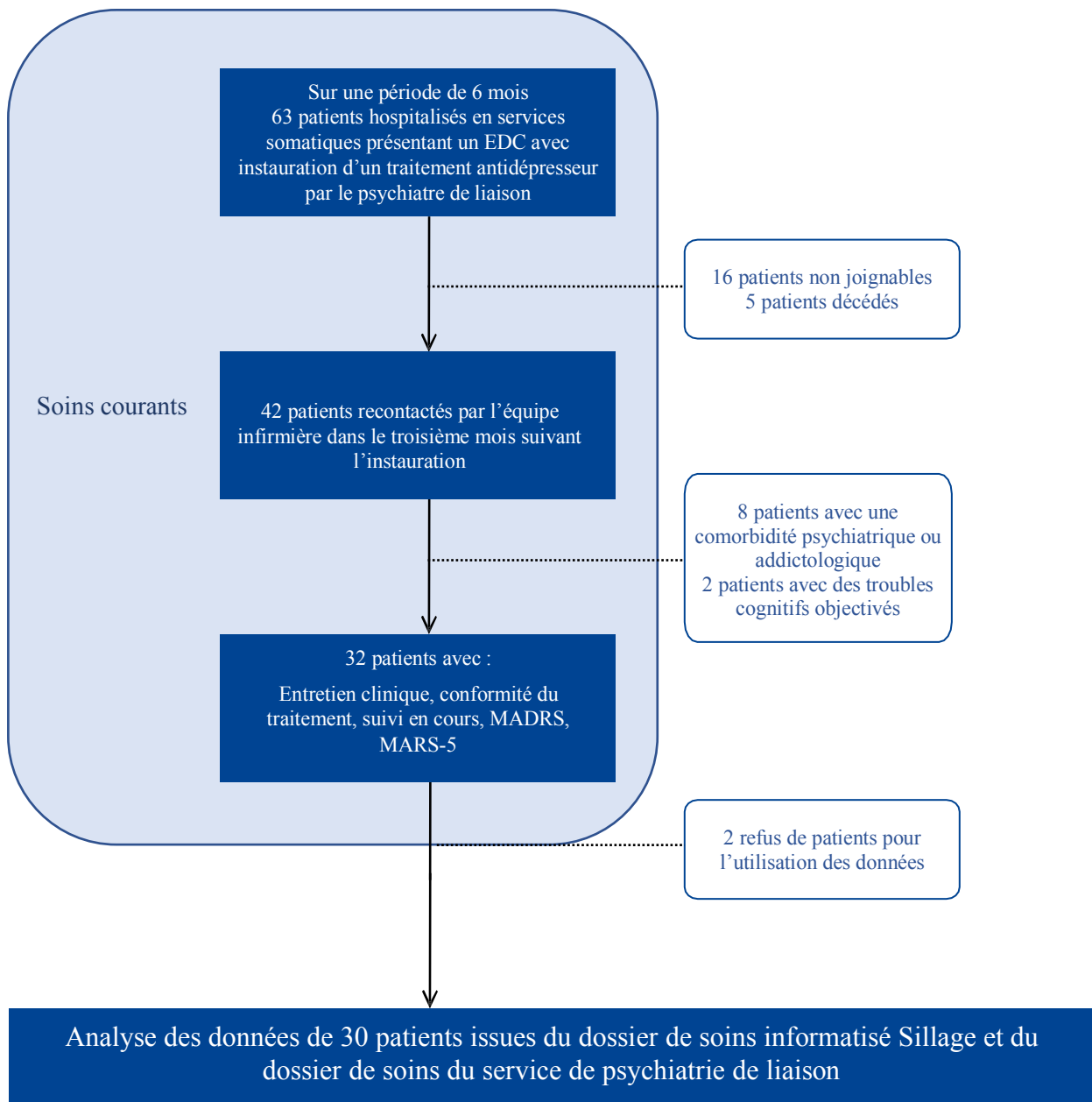


Figure 1 : Diagramme de flux de recrutement de la population étudiée

3.2. Description de la population

3.2.1. Données générales

Tableau 1 : données générales de la population étudiée

Données quantitatives				
	Moyenne	Écart type	Mini	Maxi
Age	59,6	15,9	22	94
Distance du CHU en km	26,6	37,3	1	190
Nombre de médicament PO par jour	10,3	5,8	3	25
Nombre de consultations avec le médecin généraliste/3 mois	3	1,14	1	6
Données qualitatives				
Sexe	15		15	
Lieu de vie : domicile	30			
Vit seul	9			
Situation socio-professionnelle	En activité 4	Sans emploi 5	Retraités 8	En invalidité 12
Aide pour l'administration du traitement	Aide d'un proche 5		Aide d'une infirmière libérale 6	

3.2.2. L'hospitalisation en service de soins somatiques

La durée d'hospitalisation au CHU de Lille était de 20,3 jours ($\pm 25,7$), 12 patients (40%) ont une durée d'hospitalisation inférieure à 7 jours. Les demandes d'évaluation sont faites par 15 services de soins différents initialement motivées par une demande d'évaluation thymique dans deux tiers des cas et par une évaluation du risque suicidaire pour le tiers restant.

3.2.3. L'intervention de psychiatrie de liaison

En moyenne le délai d'intervention du service de psychiatrie de liaison est de 8,6 jours ($\pm 11,1$) après le début de l'hospitalisation. L'évaluation est faite dès le premier jour d'hospitalisation pour près d'un tiers des patients. Dans la moitié des cas, il n'y a qu'une seule consultation avec une moyenne de 1,6 entretien par patient. Un entretien avec l'entourage, téléphonique ou présentiel est réalisé pour 12 patients (40%). Lors de la sortie de l'hôpital, une orientation vers un suivi spécialisé en ambulatoire est proposée dans l'observation du psychiatre pour 21

patients (70%). Un seul patient a bénéficié d'un contact téléphonique les semaines suivant sa sortie pour réévaluer sa symptomatologie.

3.2.4. L'épisode dépressif

Pour 22 patients (73,3%) il s'agit d'un premier épisode dépressif, 8 patients (26,6%) ont comme antécédent un épisode dépressif traité par antidépresseur. La classe de traitement majoritairement utilisée est celle des IRS-IRSN pour 25 patients (83.3%) suivie par les tétras cycliques pour 5 patients (16,6%).

3.3. Observance du traitement antidépresseur à 3 mois

15 patients (50%) présentent un défaut d'observance par :

- Un arrêt du traitement à l'initiative du patient pour 13 patients (43,3%)
- Une diminution de la posologie pour 2 patients (6,6%)

Concernant les patients ayant arrêté d'eux-mêmes le traitement, la durée de prise est en moyenne de 18 jours et 3 d'entre eux ont stoppé le traitement dès leur sortie du service de soin.

Les conditions d'interruption des traitements étaient :

- 2 patients ayant arrêté leur traitement prématurément expriment avoir eu des effets indésirables.
- Un problème de renouvellement d'ordonnance a concerné 1 patient.
- 9 patients sur les 15 ne disposant plus de traitement antidépresseur, n'ont pas souhaité reprendre ce traitement.
- 14 patients sur 15 déclarent ne pas avoir interrompu le traitement indiqué pour d'autres pathologies au cours de la même période.

Aucun arrêt prématuré du traitement n'est à l'initiative d'un professionnel de santé.

3.4. Évaluation complémentaire réalisée à 3 mois

3.4.1. Score à l'échelle de MARS-5

Le score moyen à l'échelle d'observance MARS-5 était de 21,9 (\pm 4,74) pour une note seuil de 21. Les 15 patients ayant arrêté ou diminué l'antidépresseur ont un score à 19,2 sur 25 contre

23,9 pour le groupe ayant poursuivi le traitement. Il existe une corrélation significative ($p < 0,001$) entre le nombre de jours avec antidépresseur depuis la sortie de l'hôpital et le score obtenu à la MARS-5.

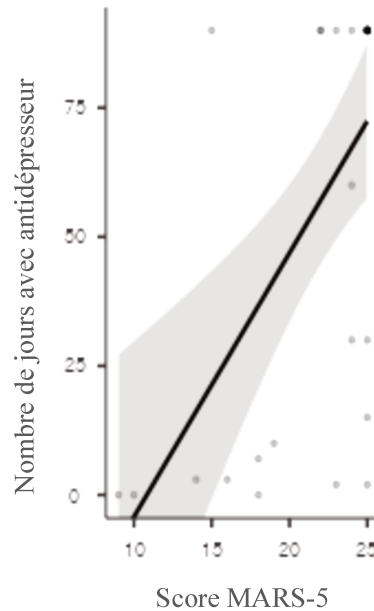


Figure 2 : Matrice de corrélation entre score à la MARS-5 et nombre de jours avec antidépresseur

Le score d'observance MARS-5 est significativement impacté ($p = 0,007$) par un antécédent d'épisode dépressif avec traitement par antidépresseur avec un score moyen de 24,4/25 contre 20,9 pour les personnes sans cet antécédent.

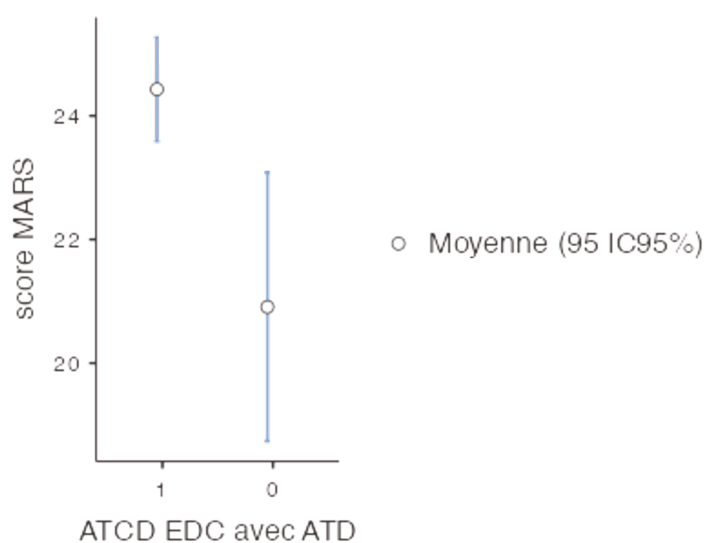


Figure 3 : Graphique descriptif du score de MARS-5 en fonction de l'antécédent d'EDC traité

Les 5 patients bénéficiant d'une aide de leur entourage pour l'administration du traitement ont tous poursuivi le traitement antidépresseur à posologie efficace et le score à la MADRS-5 est de 25/25.

3.4.2. Symptomatologie dépressive à trois mois

Le score à la MADRS dans le troisième mois suivant l'instauration du traitement est en moyenne à 17/60 ($\pm 7,6$).

12 patients (40%) se situent sous la note-seuil de dépression de 14 et aucun patient ne présente de score évoquant une dépression sévère c'est-à-dire supérieur à 34/60. 4 patients ayant interrompu le traitement avant 4 semaines présentent un score sous la note seuil de 14 et 10 patients (33,3%) ayant interrompu leur traitement présentent une symptomatologie dépressive de faible intensité avec une note-seuil inférieure à 20. Les patients avec une symptomatologie dépressive d'intensité modérée (de 20 à 34) à l'échelle MADRS à 3 mois ont poursuivi le traitement dans 72% des cas.

Les scores moyens à l'échelle de MADRS sont sensiblement les mêmes entre le groupe observant et non observant mais avec une répartition distincte.

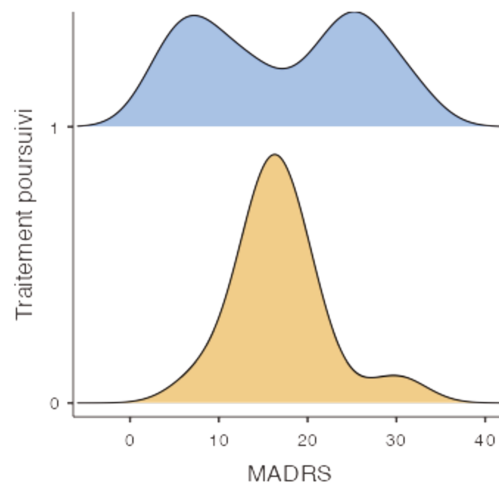


Figure 4 : Histogramme de densité du score MADRS dans groupe observant et non observant

3.4.3. Caractéristiques des suivis

Pour 21 patients (70%) le psychiatre propose des soins spécialisés en ambulatoire à la sortie de l'hôpital. Seuls 6 patients (20%) en ont bénéficié et ce principalement en Centre Medico Psychologique (CMP).

Un courrier du médecin psychiatre ou un paragraphe concernant la pathologie dans le courrier de service sont rédigés pour 6 patients (20%). Un seul patient déclare avoir eu connaissance du contenu du courrier. Les médecins traitants ont été contactés pour 8 patients (26,6%) sans que l'on sache si cet appel était à visée diagnostique ou pour permettre la continuité des soins et 2 patients (6,6%) déclarent avoir bénéficié d'une psychothérapie depuis l'annonce du trouble psychiatrique.

4. Discussion

4.1. Analyse critique des principaux résultats

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse de départ : il existe un défaut d'observance du traitement antidépresseur avec seulement 15 patients (50%) disposant d'un traitement à posologie efficace trois mois après sa prescription par la psychiatrie de liaison.

La classe d'antidépresseurs employée à plus de 80% est celle des ISRS et ISRSN, suivant les recommandations en première intention par la HAS dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé.

L'échelle de MARS-5 est un bon outil pour le repérage de patient présentant un défaut d'observance avec une corrélation significative entre le score obtenu et le nombre de jours avec traitement.

L'hypothèse d'une conséquence de l'observance sur la symptomatologie dépressive n'est pas démontrée ici avec néanmoins un écart type différent à la MADRS avec 9,69 pour le groupe observant et 5,01 pour le groupe non observant. L'hypothèse d'une réponse au traitement pour une partie du groupe observant peut se poser mais nécessite un échantillon plus important pour être validée.

L'arrêt de traitement à l'initiative du patient est supérieur dans notre échantillon par rapport aux études comparables en population générale : 86% contre 71,3 (Hérique et al 2009). Et ce, alors que les patients déclarent deux fois moins d'effets secondaires que dans la littérature. De plus, les traitements en lien avec la maladie somatique n'ont pas été interrompus. Cela amène à se questionner sur les raisons qui motivent cet arrêt notamment concernant l'adhésion au diagnostic et le niveau de connaissances concernant le traitement et la maladie. L'antécédent de dépression traitée par antidépresseur augmente de 4 points sur 25 le score au test de MARS-5 en agissant probablement sur la perception des bénéfices attendus du traitement en renvoyant le patient à une expérience antérieure positive. L'implication des proches dans la délivrance du traitement est un facteur d'observance confirmé puisque les 5 patients concernés ont poursuivi leur traitement.

Il existe un écart important entre les propositions de soins à la sortie et la réalité des suivis mis en place avec seulement 20% des patients bénéficiant de consultations spécialisées et pour la plupart en Centre Médico Psychologique (CMP). Les raisons de cet écart n'ont pas été

recherchées. Les défauts de communication entre professionnels de santé avec seulement un patient sur cinq disposant d'un courrier de sortie peuvent faire partie des éléments de réponse. Résultat inattendu, deux tiers des patients ayant interrompu leur traitement présentent une symptomatologie dépressive de faible intensité inférieure à 20 à l'échelle MADRS réalisée à 3 mois de l'instauration. Outre la possibilité d'une efficacité rapide du traitement sans rechute pour trois d'entre eux (durée du traitement supérieur à 15 jours) la question de l'adéquation du diagnostic peut être posée.

4.2. Résultats au regard de la littérature

L'ensemble des méta analyses internationales examinant les défauts d'observance des traitements par antidépresseurs dans la dépression au cours des 20 dernières années, consistant en une recherche approfondie de la littérature existante par mots clés (Massand 2003, Sansone 2012), décrit une observance d'environ 50 % avec des patients qui arrêtent prématurément leur traitement antidépresseur en moyenne à 3 mois, sans différence significative entre les populations en psychiatrie et en soins primaires. Près d'un tiers des interruptions de traitements interviennent au cours du premier mois suivant l'instauration. Ces méta analyses décrivent également le coût financier comme frein à l'observance que ce soit en termes de suivi ou du coût du médicament en lui-même. Cette analyse peut être spécifique à certains systèmes de santé, différents du système de santé français.

La comparaison avec des données issues d'études menées dans le système de soins français apparaît donc nécessaire afin de prendre en considération cette variable. En 2009 une étude rétrospective menée en Lorraine concernant 632 patients traités par antidépresseurs montre des résultats proches avec un taux de traitement non conforme à six mois à 45,8% pour les patients traités par ISRS. Dans 71,3 % des cas, le traitement est arrêté prématurément et à l'initiative du patient. Le sentiment de guérison (47,6 %) et la survenue d'effets secondaires (23,6 %) étaient les principales raisons évoquées par les patients pour arrêter le traitement (Hérique et al 2009).

4.3.Limites méthodologiques

L'étude a trouvé plusieurs limites touchant à la méthodologie employée.

En premier lieu, l'échantillon de trente patients s'avère insuffisant lors du traitement statistique pour obtenir un ensemble de tests significatifs.

En second lieu, l'approche déclarative sans mesure quantitative directe (dosage par prélèvement) souffre des biais du déclaratif et notamment d'un biais de désirabilité.

En troisième lieu, l'étude analyse les outils utilisés en soins courant. L'emploi d'une échelle différente aurait été complémentaire, c'est le cas de l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HAD) dans l'évaluation de la symptomatologie dépressive et anxieuse lors d'intrication avec un trouble somatique.

En quatrième lieu, le recueil de données complémentaires ne figurant pas dans le dossier de soins, telles que le niveau d'étude ou le contenu des informations transmises au patient concernant le traitement antidépresseur aurait enrichi l'étude.

En cinquième lieu, la connaissance du score MADRS de référence précédant l'introduction du traitement aurait permis une meilleure lecture des scores à trois mois.

Enfin, l'analyse qualitative d'entretiens questionnant les représentations de la maladie et les freins à l'observance permettrait de préciser les spécificités de la population des personnes hospitalisées à l'hôpital général, la littérature actuelle apportant déjà beaucoup d'éléments concernant les déterminants de l'observance en population générale.

4.4. Sur diagnostic et *sickness behavior*

Le traitement de l'épisode dépressif caractérisé repose en premier lieu sur une démarche diagnostique. L'inadéquation du diagnostic peut se poser au regard de l'intensité de la symptomatologie à trois mois chez des patient ayant interrompu leur traitement avant même que celui-ci soit efficace.

Il existe un risque de sur diagnostic de dépression caractérisée chez les patients présentant une maladie somatique. Les affects dépressifs peuvent relever d'une adaptation émotionnelle transitoire dans ce contexte de deuils multiples que rencontre la personne soignée : perte de l'illusion d'invulnérabilité, perte d'autonomie, modification des projets de vie et du rôle social. Le risque est alors de médicaliser une réaction adaptative souvent transitoire. Une équipe soignante, parfois impuissante et touchée émotionnellement par la situation du patient peut être tentée d'attribuer à cette souffrance une étiologie psychiatrique. La demande de résultat de la part des proches, des soignants et de l'institution peut influencer involontairement le clinicien dans sa démarche diagnostique.

Il est essentiel de réaliser une évaluation sémiologique diachronique (symptômes présents quasiment tous les jours, quasiment toute la journée, pendant au moins 15 jours) avec un recueil de données complété par un entretien avec l'entourage et le médecin de ville.

D'autre part, des symptômes de la maladie somatique peuvent être attribués à tort à une dépression alors que fatigue, ralentissement, anorexie, amaigrissement ne lui sont pas exclusifs. Ce sont des symptômes de recouvrement, c'est-à-dire qu'ils sont partagés par la dépression et certaines pathologies physiques. Ce phénomène est décrit par Cédric Lemogne dans son ouvrage *Psychiatrie de liaison* publié en 2018. Ce comportement de maladie ou *sickness behavior* est induit par un état inflammatoire ou infectieux aigu, il désigne les modifications comportementales associées tel que sensation de malaise physique, hyperalgésie, hypersomnie, sommeil fragmenté, fatigue, troubles de la concentration, anhédonie, perte d'appétit et retrait social. Ces manifestations seraient attribuables non pas à la maladie elle-même mais plutôt à une adaptation de l'organisme. Celui-ci réorienterait ses ressources vers la lutte contre l'infection via des changements motivationnels induits par la fatigue, l'anorexie, l'hyperalgésie (Lemogne et al 2018). Il est cependant possible de proposer une sémiologie différentielle pour tenter de distinguer ces deux états.

Tableau 2 : tableau comparatif de la symptomatologie entre dépression et *sickness behavior*

(Lemogne et al 2018)

<i>Dépression</i>	<i>Sickness behavior</i>
Asthénie diminuée par l'activité	Asthénie augmentée par l'effort
Hypo-algésie	Hyperalgésie
Insomnie + anorexie ou hypersomnie + hyperphagie	Hypersomnie + anorexie
Ralentissement ou agitation	Ralentissement constant
Évitement des proches ± tolérance des étrangers	Recherche des proches ± évitement des étrangers
Triade de Beck (vision négative de soi, du monde, de l'avenir), culpabilité, idées suicidaires	Rareté des cognitions dépressives et des idées suicidaires
Apparition généralement progressive	Apparition volontiers brutale en fonction de la cause sous-jacente

L'approche inclusive de la dépression qui prend en considération les symptômes de recouvrement permet au somaticien d'offrir une prise en soins holistique. Néanmoins le diagnostic réalisé par le psychiatre se doit de proposer une approche étiologique dans laquelle les symptômes somatiques sont pris en compte s'ils sont jugés imputables à la dépression.

L'approche dite substitutive consistant en le remplacement des symptômes de recouvrement ambigus (fatigue, appétit, sommeil, concentration) par d'autres critères (posture, mimique, pleurs, retrait social, rumination, pessimisme) est une proposition destinée à limiter le sur diagnostic sans écarter les formes sub syndromiques (Endicottes 1984).

L'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé au sein de l'hôpital général est un processus reposant sur une multitude d'acteurs (médecin somaticien, équipes de soins somatiques, médecin traitant, psychiatre, psychologue, infirmier de psychiatrie). La sensibilisation des professionnels de santé impliqués aux spécificités de cette démarche et l'utilisation d'outils d'évaluation sont des perspectives pour limiter les inadéquations diagnostiques. Outre l'expertise et l'expérience du clinicien, la justesse du diagnostic repose également sur la solidité de la démarche qualité en amont et sur la communication avec le patient et son environnement.

5. Perspectives : propositions d'évolution des pratiques professionnelles contribuant à l'observance du traitement antidépresseur dans l'épisode dépressif caractérisé, de l'hôpital général au retour à domicile

5.1. Renforcer l'adhésion au diagnostic

Les résultats de l'étude ont mis en évidence des interruptions de traitement non liées à des effets indésirables. Les actions d'amélioration s'intéressent donc à d'autres facteurs d'observance, au premier rang desquels l'adhésion au diagnostic de dépression. La discordance concernant la vision de la maladie entre le clinicien et le patient est un facteur de non observance (Sewitch et al 2003) tout comme le fait de ne pas avoir conscience de la maladie (Fleischhacker et al 1994). D'une part, dans la pratique en service de soins somatiques, un patient concerné par un épisode dépressif caractérisé est rarement à l'initiative de la démarche diagnostique. C'est bien souvent un tiers, le soignant ou l'entourage qui identifie les symptômes dont le patient a peu conscience. D'autre part, plusieurs études en population générale mettent en évidence une méconnaissance de la pathologie et en particulier des causes de la dépression. Les événements de vie (expériences traumatisantes, difficultés relationnelles, deuil, stress) sont considérés comme facteurs principaux. La pathologie n'est donc pas perçue comme liée à un facteur biologique sur lequel un traitement peut agir.

Il revient aux professionnels de l'équipe de psychiatrie de liaison de prendre conscience de ces mécanismes spécifiques à la pathologie considérée pour les partager avec le patient et les équipes de soins somatiques pour travailler ensemble sur le processus d'adhésion, à la base de la démarche de psycho éducation.

5.2. Formaliser les stratégies éducationnelles

Les programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre dans le cadre de maladie chronique ont fait leur preuve notamment dans le trouble de l'humeur. La psycho éducation en est une composante. Elle a l'avantage d'être plus accessible et facilement utilisable par les patients tout en s'intégrant dans une pratique de soins courants.

Dans une méta-analyse (Archer et al 2012) répertoriant les essais cliniques randomisés concernant les patients déprimés, la psycho éducation améliore la symptomatologie et

augmente le recours aux traitements médicamenteux tout en apportant des bénéfices en termes de qualité de vie. Il apparaît également que délivrer précocement les messages clés sur les antidépresseurs permet d'améliorer l'observance (Casanas et al 2012).

Les objectifs des programmes de psychoéducation abordent les notions suivantes (Morokuma et al 2013, Zendjidjan et al 2014) :

- Mieux connaître la dépression : mécanisme, causes et conséquences
- Éduquer sur le rôle du médicament et développer des compétences de gestion
- Identifier les facteurs de risque et les facteurs protecteurs
- Reconnaître les prodromes
- Connaître les règles hygièno diététiques
- Développer des stratégies d'adaptation efficaces.

La psycho éducation peut être proposée à plusieurs temps forts de la prise en soins (à l'annonce diagnostique, durant le choix d'une stratégie thérapeutique, lors de l'évaluation de l'efficacité du traitement et de manière plus espacée lors de la phase de maintien puis d'arrêt du traitement). Elle fait appel à des compétences techniques, relationnelles et pédagogiques. Le pôle de psychiatrie du CHU de Lille dispose de ressources humaines qualifiées dans ce domaine avec des pharmaciens et internes en pharmacie qui peuvent intervenir auprès des patients comme des professionnels. Une équipe de psychiatres et de psychologues anime des séances dédiées dans le cadre du dispositif d'évaluation des maladies de l'humeur et de leur traitement (DEMHETER). Le déploiement de ce savoir-faire à destination des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé en service de soins généraux est une piste d'action en faveur de l'observance.

Si elle s'adresse avant tout au patient, la psycho éducation implique également son environnement et l'entourage est un partenaire.

5.3.Apprécier le soutien de l'entourage

Dans notre échantillon, le niveau d'observance est très nettement amélioré chez les patients dont les proches gèrent l'administration du traitement. Au-delà de l'administration, l'accompagnement des proches a toute sa place dans le processus de guérison. Les recommandations allemandes (Härter et al 2010) suggèrent que l'implication de la famille si le

patient le souhaite, a un effet significatif sur l'observance et la symptomatologie. C'est un soutien dans le contexte d'une stratégie globale de traitement, l'entourage contribuant aux activités de la vie quotidienne et aux soins élémentaires. Il garantit au patient un espace d'écoute et de soutien. Les professionnels peuvent donc développer l'implication de l'entourage aidant en précisant leur rôle à l'égard de l'adhésion, des représentations négatives associées à la maladie et des fausses croyances. Pour ce faire, il est nécessaire de leur fournir une information verbale et écrite sur la dépression et sa prise en charge et de leur permettre de participer à la prise de décision partagée toujours dans le respect de la volonté du patient.

5.4. Utiliser des outils pour améliorer l'observance

L'écart mis en évidence entre les recommandations et leur application, suggère l'utilisation d'outils pour aider les professionnels à mieux les appliquer.

Nous proposons l'utilisation de deux outils facilement applicables, une check-list issue d'un consensus international de psychiatres et destinée à prévenir l'inobservance, et un questionnaire réalisé à l'initiative locale de pharmaciens ayant pour but d'identifier les patients à risque d'inobservance.

Face au problème d'observance dans la dépression et à ses conséquences en termes de santé publique reconnu sur le plan international par l'OMS, un groupe de psychiatres universitaires a ainsi élaboré des stratégies communes de promotion de l'observance du traitement chez les patients souffrant de dépression, applicables lors du premier entretien à l'instauration de l'antidépresseur (Dell'Osso et al 2020). Ils ont réalisé une revue systématique de la littérature (Bibliothèque Cochrane, PubMed et Medline). Grâce à leurs expériences et à l'analyse de cette base de données, le groupe a identifié une série de priorités sous forme de checklist à prendre en compte lors de la première occurrence de prescription d'un antidépresseur.

- 1. Diagnostic identification and biological determinants illustration:** confirm the diagnosis and explain patient it is (also) a biological, treatable disorder. Adapt based on patient's current status (i.e., drug naive, drug free, in treatment).
- 2. Discuss needs for pharmacological treatment (i.e., antidepressant) and patient's expectations:** explain why patient would need medication based on the severity of illness, previous episodes and treatment response, current overall situation, guidelines recommendations.
- 3. Focus on specific antidepressant selection in light of patient's clinical features** (e.g., age, gender, MDE subtype, previous experiences, medical and psychiatric comorbidities). Discuss with patient the following:
 - a. Mechanism of action (highlight drug's advantages and safety)
 - b. Latency of action
 - c. Treatment duration (overall and persistency recommendations)
 - d. Potential side-effects and mechanisms to cope with them
 - e. Dosage (titration and schedule, compliance recommendations)
 - f. Additional lifestyle instructions (e.g., caffeine, alcohol, recreational drugs, sleep-wake pattern, other concomitant treatments).
- 4. Provide a short-term treatment monitoring plan** including:
 - i. tolerability assessment (within 3 weeks)
 - ii. adherence evaluation
 - iii. effectiveness feedback (approximately 4 weeks after AD initiation).
- 5. Provide a mid-/long-term treatment plan** (i.e., periodic comprehensive treatment evaluation based on points listed at 4.).
- 6. Consider other relevant AD adherence boosters** (eg. family member involvement, assure clinician availability, link to other clinicians/mental health professionals).

Figure 5 : Antidepressant Adherence Checklist (Dell'Ossso et al 2020)

Les échelles utilisées dans l'étude n'ont pas de valeur prédictive quant au risque d'inobservance à l'instauration d'un antidépresseur. Pour identifier spécifiquement ce risque, les chercheurs du Centre d'Investigation Clinique grenoblois ont créé un questionnaire en 14 items : le questionnaire QUILAM (Questionnaire d'Identification des Leviers pour accompagner l'Adhésion du patient à son traitement Médicamenteux en annexe 3). Il a été développé avec l'objectif de disposer d'un outil de screening simple, réalisable en pratique courante et décrivant les grandes dimensions associées au défaut d'observance. Ce questionnaire d'abord utilisé dans le cadre de maladie somatiques chroniques, a été testé en officine en 2017 auprès de 117 patients bénéficiant d'une prescription d'antidépresseurs (Mougenot 2017). Il a démontré une bonne corrélation avec les scores d'échelle déjà validés. L'approche qualitative permet au patient évalué à risque de bénéficier d'un entretien approfondi centré sur les freins identifiés.

5.5. Développer les stratégies non médicamenteuses

Lors de l'entretien à 3 mois de l'instauration du traitement, seulement 6,6 % des patients déclarent avoir un suivi avec une psychothérapie. Ces données sont conformes aux données nationales, puisque d'après l'analyse des données du Baromètre Santé 2005 auprès 16 883 français, seul 8,1% des patients sous antidépresseurs bénéficieraient d'une psychothérapie (Briffault et al 2010).

Les psychothérapies de type cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie interpersonnelle (IPT) contribuent de par leur contenu psychoéducatif à améliorer l'observance (Karrouri et al 2021). La systématisation de la promotion par l'équipe de psychiatrie de liaison de ces interventions auprès du patient et de son entourage, la connaissance du réseau, la transmission d'informations cliniques pertinentes et la garantie d'une consultation rapidement après la sortie sont des pratiques que l'équipe de psychiatrie de liaison peut développer.

5.6. Assurer le lien avec la médecine de ville

En lien avec les recommandations de la HAS, l'amélioration de la communication dite ordinaire c'est-à-dire via un échange d'informations par téléphone ou l'envoi d'un courrier de sortie au médecin généraliste et aux acteurs de soins apparaît comme un axe majeur d'amélioration des pratiques. Si l'ensemble des recommandations internationales préconisent dans la même ligne une attention particulière à la coordination entre professionnels de santé pour l'amélioration de l'observance, l'étude révèle que seuls 20 % des patients ont bénéficié d'un courrier du psychiatre en sortie d'hospitalisation et que les médecins généralistes sont contactés par téléphone dans seulement 26% des cas (sans préciser si la prise de contact est à visée diagnostic ou de continuité du parcours). Dans le cadre d'une enquête nationale sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, près des deux tiers des médecins généralistes se disent d'ailleurs insatisfaits de leur coopération avec les professionnels spécialisés (Dusmenil et al 2014). Une étude randomisée allemande (Burian et al 2016) sur la modalité de communication entre psychiatrie de liaison et généraliste compare une communication habituelle avec une communication via appel dans les 5 jours suivant la consultation et transmission d'un courrier structuré dans les 30 jours auprès de 116 patients. Ils constatent un meilleur suivi des conseils formulés sur les traitements associé à une plus grande diminution de la sévérité des symptômes dépressifs suite à la mise en place de ces mesures (courrier médical

et rappel à 5 jours). Ces améliorations sont facilement applicables et peuvent être systématisées et monitorées via le dossier de soin informatisé.

Le rapport de la HAS décrit plusieurs autres modèles, plus complexes qui ont fait leurs preuves à l'étranger. C'est le cas du « care/case management » ou gestionnaire de soins.

5.7. Garantir un parcours de soin adapté et continu

L'étude révèle un écart entre les orientations vers des soins spécialisés préconisées par l'équipe de liaison et le parcours de soin. 20 % des patients bénéficient d'un suivi en Centre Médico Psychologique alors que ce suivi était recommandé dans l'observation du psychiatre pour 70 % de l'effectif. Il est également mis en évidence une symptomatologie dépressive mesurée par l'échelle MADRS d'intensité moyenne. D'après les recommandations de l'HAS (Prise en charge dépression HAS 2017), le suivi pourrait alors s'effectuer en médecine de ville. Des défauts d'orientations dans le parcours de soin et des ruptures sont ainsi relevés dans l'étude et confirmés par la littérature puisqu'environ un tiers des patients ne recevraient pas des soins conformes aux preuves scientifiques et 20 à 30 % des soins prodigués ne seraient pas nécessaires, voire nuisibles (Grol et Grimshaw 2003).

Le *care management* est un modèle global qui consiste en un suivi programmé du patient, une évaluation de son adhésion au traitement et de l'évolution des symptômes, une proposition de modifications en cas de non-adhésion ou de non-réponse au traitement, la coordination des soins et la sensibilisation aux bonnes pratiques. Il s'adresse aux équipes de soins à l'hôpital, à la médecine de ville, aux libéraux, aux intervenants au domicile, aux pharmaciens, à l'entourage et au maillage associatif. La fonction de *care manager* est assurée par plusieurs catégories de professionnels : des infirmiers, ayant ou non une formation initiale en psychiatrie et santé mentale, des pharmaciens, des psychologues. Une méta analyse de treize essais cliniques randomisés étudiant l'efficacité du care management dans la prise en charge des patients souffrant de dépression caractérisée a mis en évidence un niveau d'observance en moyenne de 65 % dans le groupe *care management* contre 50% pour le groupe contrôle (Genshien et al 2006). La promotion de ce modèle par les autorités de santé en France est récente et repose sur des résultats positifs obtenus à l'étranger. Des initiatives françaises en santé mentale vont en ce sens depuis une dizaine d'années dans le domaine de réhabilitation psycho sociale, de la prise en charge des premiers épisodes psychotiques (projet PEP 48) ou encore de la prévention de la récurrence suicidaire. Au CHU de Lille, le dispositif Vigilans à l'initiative du Professeur

Guillaume Vaiva et animé par des infirmiers et des psychologues *care managers*, a fait ses preuves dans ce domaine en organisant le re-contact des suicidants et en proposant l'expertise clinique, la psychoéducation, la connaissance du réseau des soins spécialisés et un travail de partage d'information avec la médecine de ville et l'entourage dans la gestion de situations de crise psychosociale ou psychopathologique.

Cela démontre l'intérêt du développement de la fonction de *care manager* dans la psychiatrie de liaison, caractérisée par la gestion de situations de soins complexes faisant intervenir une multitude d'acteurs. L'infirmier en pratique avancée dispose des compétences pour remplir cette fonction.

6. Plus-value d'une pratique avancée infirmière

6.1. Promotion de l'Evidence Based Practice (EBP)

Ingersolle définit « *l'Evidence Based Practice* » (EBP) comme « *l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* » (Ingersoll 2000).

Dans une étude autrichienne menée auprès de mille infirmières, il apparaît que les participantes ont perçu un manque d'éducation/d'information et de soutien organisationnel (Bremaier et al 2011) et plusieurs études mettent en évidence que cette pratique de l'ETB est facilitée lorsque l'infirmier dispose d'un niveau d'étude supérieur. (Koehn et al 2008, Melnyk et al 2012).

La formation en pratique avancée confirme ces données avec des enseignements à la recherche clinique, la lecture critique d'articles scientifiques tout en développant une posture réflexive de la pratique, valorisée par le travail rédactionnel tout au long du cursus de formation.

6.2. Compétences et champ d'action de l'infirmier en pratiques avancées (IPA)

Le conseil international des infirmiers (CII) décrit les compétences de l'IPA comme suit : « *l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer* ».

En France, le référentiel de compétence et d'activité (Décret du 18 juillet 2018 et Arrêté du 12 août 2019) mentionne expressément le rôle de l'IPA dans l'observance et le parcours de soins :

- « *Evaluer l'adhésion et les capacités d'adaptation du patient ainsi que les risques liés aux traitements non médicamenteux, aux traitements médicamenteux et à leurs interactions* »
- « *Evaluer l'observance, l'efficacité et les effets indésirables des traitements et des techniques thérapeutiques non médicamenteuses* »

- « *Renouvellement et adaptation des antidépresseurs* »

L'IPA est également compétent pour « *concevoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre de son parcours de soins* ».

Il intervient sur le parcours de soin depuis la démarche diagnostique jusqu'à la réponse thérapeutique par l'élaboration d'un plan personnalisé de santé comprenant :

- Le suivi clinique par « *observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention* »
- La « *conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique* »
- Une « *organisation du parcours de soins et de santé et des activités en lien avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste de recours et l'ensemble des acteurs du parcours à l'hôpital et en ville* ».

La conception d'un protocole de collaboration avec le psychiatre primo prescripteur doit définir les modalités du suivi IPA de l'hôpital au rétablissement à domicile. Le développement récent de la téléconsultation permettrait d'intégrer les patients éloignés géographiquement.

Dans le cadre de missions transversales l'IPA est appelé à promouvoir les bonnes pratiques pour l'amélioration de l'observance auprès de ses pairs s'appuyant sur des connaissances actualisées et des outils par la « *mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles* ».

6.3. Proposition d'applications concrètes pour l'amélioration de l'observance

Tableau 3 : Synthèse des propositions d'actions de l'IPA en psychiatrie de liaison pour l'observance du traitement antidépresseur de l'hôpital général vers la médecine de ville

OBJECTIFS	ACTIONS
Établir le juste diagnostic	<i>Standardiser l'évaluation clinique de la dépression avec l'utilisation d'une échelle de référence (HAD ou MADRS)</i>
	<i>Sensibiliser les internes en début de semestre à l'évaluation de la symptomatologie dépressive en cas d'intrication somatique (cf figure 4)</i>
Prévenir le risque d'inobservance à l'hôpital	<i>Formaliser un temps de psycho éducation après l'annonce diagnostique par le psychiatre (cf figure 5)</i>
	<i>Repérer le risque d'inobservance en utilisant le questionnaire de QUILAM et proposer un temps d'échange autour des réponses</i>
	<i>Évaluer les effets iatrogènes perçus par le patient dans les 7 jours suivant l'instauration</i>
	<i>Proposer un support écrit reprenant les éléments clés concernant la maladie et son traitement à remettre au patient et à ses proches</i>
Assurer la continuité des soins	<i>Systématiser la rédaction d'un courrier type à destination du médecin traitant ou du CMP indiquant le choix du traitement, sa posologie, la durée minimale de traitement, les recours possibles et un moyen de contacter le service de psychiatrie de liaison</i>
	<i>Remettre le courrier au patient et le relire avec lui</i>
	<i>Prendre contact par téléphone avec le médecin traitant ou le CMP dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital</i>
	<i>Encourager la mise en œuvre d'une psychothérapie (TCC, IPT) en expliquant sa plus-value, en recensant les professionnels formés dans les territoires et en assurant la transmission d'informations cliniques.</i>
Évolution clinique et suivi du traitement	<i>Téléconsultation systématique : Évaluer l'efficacité du traitement antidépresseur et la mise en œuvre du suivi indiqué à 4 semaines de la sortie de l'hôpital (échelles cliniques avec comparaison et échelle d'observance)</i>
	<i>Adapter la posologie. En référer au psychiatre prescripteur en cas d'effet secondaire persistant</i>
	<i>En cas d'absence d'amélioration clinique s'assurer de la mise en œuvre d'un suivi spécialisé et en référer au psychiatre prescripteur</i>

Conclusion

L'observance de l'antidépresseur instauré à l'initiative du psychiatre de liaison pour le traitement d'un EDC repéré au décours d'un séjour à l'hôpital général peut être améliorée.

La moitié de l'échantillon étudié est concernée par un traitement non conforme à trois mois avec principalement un défaut d'observance par un arrêt du traitement à l'initiative du patient avant d'atteindre la durée seuil assurant l'efficacité, avec un impact sur la symptomatologie dépressive, une augmentation du risque de chronicisation et de rechute.

Chez les patients hospitalisés en service de soins généraux, la prévalence de l'EDC est augmentée et le défaut d'observance a des répercussions sur le pronostic des pathologies somatiques associées. Fait inattendu spécifique de cette population, un risque de sur diagnostic existe et requiert une attention particulière lors de l'évaluation clinique. Une approche holistique inclusive et étiologique prenant en considération la maladie somatique, ses traitements et son impact sur la qualité de vie permet d'améliorer la démarche diagnostique.

Un arrêt prématuré du traitement à l'initiative du patient est difficile à prédire en soins courants. En prendre conscience et identifier les facteurs de risque permet de cibler des interventions. Le risque d'inobservance est multifactoriel. Les résultats permettent d'établir des hypothèses quant aux déterminants en jeu dans l'échantillon étudié.

Ce travail a conclu à l'identification de perspectives d'amélioration des pratiques adaptées au cadre spécifique de la psychiatrie de liaison : délivrer un contenu psycho-éducatif dès la démarche diagnostique, mobiliser l'entourage, promouvoir et développer la psychothérapie, améliorer la coordination du parcours de soins à l'issue de l'hospitalisation, déployer des outils et des indicateurs pour la systématisation et la standardisation de ces pratiques.

Les compétences et le champ d'action de l'IPA en psychiatrie et santé mentale lui permettent d'intervenir au titre de care manager en assurant la qualité du parcours de soins, facteur prédictif d'observance. Sa posture réflexive et son rôle pivot dans le cadre de l'unité de psychiatrie de liaison sont des atouts pour mener une démarche de sensibilisation de ses pairs à l'enjeu de l'inobservance et promouvoir les recommandations de bonnes pratiques. La dépression est un enjeu majeur de santé publique et la qualité de son traitement suscite l'intérêt de la recherche infirmière. La poursuite de ce travail par une étude prospective randomisée à plus grande échelle aboutira à la validation des propositions d'évolution des pratiques professionnelles.

Bibliographie

- Académie nationale de Pharmacie. (2015). *Observance des traitements médicamenteux en France*. https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf
- Amad, A., Fovet, T., & Geoffroy, P. A. (2016). Keep calm : Psychiatric disorders are organic! The power of words in medicine. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(1), 100-101. <https://doi.org/10.1177/0004867415601730>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier Masson. <https://psyclinicfes.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
- Anseau, M., & Pitchot, W. (2010). 25. Guérison de la dépression. In *Les états dépressifs* (p. 221-238). Lavoisier. <https://www.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-p-221.htm>
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Arfken, C. L., Lichtenberg, P. A., & Tancer, M. E. (1999). Cognitive impairment and depression predict mortality in medically ill older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(3), M152-M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/54.3.M152>
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038914201>
- Assurance Maladie. (2018). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2018-rapport-propositions-pour-2019-charges-produits>
- Astier A. et al. Observance des traitements médicamenteux en France. Rapport adopté par le Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie le 15 décembre 2015, 65 pages. https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf

- Beck F., Guignard R., Haxaire C., Le moigne P. La Santé en action, 2014, n°. 427, p. 47-49.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-consommations-de-medicaments-psychotropes-en-france>.
- Bertschy, G. (2007). Dépressions résistantes. *Revue Médicale Suisse*, 3(125), 2072-2077.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2007.3.125.2072>
- Booth, B. M., Blow, F. C., & Loveland Cook, C. A. (1998). Functional impairment and co-occurring psychiatric disorders in medically hospitalized men. *Archives of Internal Medicine*, 158(14), 1551. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.14.1551>
- Bottai, T. (2008). Traitement non médicamenteux de la dépression. *La Presse Médicale*, 37(5), 877-882. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.01.010>
- Bottemanne, H., Morlaas, O., Claret, A., Sharot, T., Fossati, P., & Schmidt, L. (2022). Evaluation of early ketamine effects on belief-updating biases in patients with treatment-resistant depression. *JAMA Psychiatry*, 79(11), 1124. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2996>
- Breimaier, H. E., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1744-1756. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03491.x>
- Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale*, 36, D48-D58. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.011>
- Burian, R., Franke, M., & Diefenbacher, A. (2016). Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.002>
- Casañas, R., Catalán, R., Del Val, J. L., Real, J., Valero, S., & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1), 230. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-230>
- Chan, A. H. Y., Horne, R., Hankins, M., & Chisari, C. (2020). The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(7), 1281-1288. <https://doi.org/10.1111/bcp.14193>
- Daly, E. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Gaynes, B. N., Warden, D., Morris, D. W., Luther, J. F., Farabaugh, A., Cook, I., & Rush, A. J. (2010). Health-related quality of

life in depression: A STAR*D report. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(1), 43-55.

Daye, A. (2003). Neurogenèse hippocampale et dépression. *Revue Médicale Suisse*, 61(2450), 1734-1736. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2003.61.2450.1734>

Dell'Osso, B., Albert, U., Carrà, G., Pompili, M., Nanni, M. G., Pasquini, M., Poloni, N., Raballo, A., Sambataro, F., Serafini, G., Viganò, C., Demyttenaere, K., McIntyre, R. S., & Fiorillo, A. (2020). How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: A psychoeducational consensus checklist. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00306-2>

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>

Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., Mikol, F., Aubry, C., Sebbah, R., Verdoux, H., & Verger, P. (2014). Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *L'information psychiatrique*, 90(5), 341. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0341>

Endicott, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 53(S10), 2243-2248. <https://doi.org/10.1002/cncr.1984.53.s10.2243>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

EPI-PHARE. (2021). *Covid-19: Usage des médicaments de ville en France*. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6/>

Esquirol, E. (1976). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Arno Press.

Fleischhacker, W. W., Meise, U., Günther, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 382, 11-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7916523/>

- Gasquet I, Bloch J, Cazeneuve B, Perrin E, Bouhassira M. (2001). Déterminants de l'observance thérapeutique des antidépresseurs, 2001 ; 27 : 83-91. *L'encéphale*, 27.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
- Guislain J. Traité sur les phrénopathies ou doctrine nouvelle des maladies mentales, 1^{re} éd. Bruxelles, Établissement encyclographique, 1833, 500 pages. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76582d/f20.item.texteImage>
- Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Schneider, F., & Berger, M. (2010). Unipolar depression. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0700>
- HAS. (2017a). 7. Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
- HAS. (2017b). *Synthèse des recommandations de bonnes pratiques, Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : Prise en charge en soins de premier recours*.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Éds.). (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press.
- Hérique, A., & Kahn, J.-P. (2009a). 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*, 35(1), 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.12.010>
- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Kaminsky, B., Leibing, E., Staats, H., & Ruger, U. (1998). Diagnostic groups and depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients: *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 570-577. <https://doi.org/10.1097/00006842-199809000-00011>
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48(4), 151-152. <https://doi.org/10.1067/mno.2000.107690>
- INSERM. (1969). *Classification française des troubles mentaux*.
- INSERM. (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Montrouge: ADP Sciences.

- Inserm. (2019). *Dépression, mieux la comprendre pour la guérir durablement*. <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
- Karrouri, R., Hammani, Z., Benjelloun, R., & Otheman, Y. (2021). Major depressive disorder : Validated treatments and future challenges. *World Journal of Clinical Cases*, 9(31), 9350-9367. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i31.9350>
- Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 209-215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x>
- Kupfer, D. J. (1991). Long-term treatment of depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52 Suppl, 28-34.
- Le Bot, M. (1999, septembre 20). Dossier observance. *Revue du Praticien*, 469.
- Lemogne C, Cole P, M. Consoli S, Limosin F. (2018). *Psychiatrie de liaison* (Lavoisier).
- Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G. (2005). *Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : Résultats de l'étude épidémiologique* (Encephale).
- Lepine J.-P., Gasquet I. (2006). *Usage des psychotropes en France : Évolution temporelle et comparaison avec les pays européens proches*. <https://www.academie-medecine.fr/usage-des-psychotropes-en-france-evolution-temporelle-et-comparaison-avec-les-pays-europeens-proches/>
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., Freedland, K. E., Jaffe, A. S., Leifheit-Limson, E. C., Sheps, D. S., Vaccarino, V., & Wulsin, L. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome : Systematic review and recommendations: a scientific statement from the american heart association. *Circulation*, 129(12), 1350-1369. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>
- López-Muñoz, F., & Alamo, C. (2009). Monoaminergic neurotransmission : The history of the discovery of antidepressants from 1950s until today. *Current Pharmaceutical Design*, 15(14), 1563-1586. <https://doi.org/10.2174/138161209788168001>
- Masand, P. S. (2003). Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy. *Clinical Therapeutics*, 25(8), 2289-2304. [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(03\)80220-5](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(03)80220-5)
- McIntyre, R. S. (2010). When should you move beyond first-line therapy for depression? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(suppl 1), 16-20. <https://doi.org/10.4088/JCP.9104su1c.03>

- Melfi, C. A., Chawla, A. J., Croghan, T. W., Hanna, M. P., Kennedy, S., & Sredl, K. (1998). The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1128. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.12.1128>
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in us nurses : Critical implications for nurse leaders and educators. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a>
- Morokuma, I., Shimodera, S., Fujita, H., Hashizume, H., Kamimura, N., Kawamura, A., Nishida, A., Furukawa, T. A., & Inoue, S. (2013). Psychoeducation for major depressive disorders : A randomised controlled trial. *Psychiatry Research*, 210(1), 134-139. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.018>
- Mougenot, P. (2017). *Adhésion médicamenteuse des patients sous antidépresseurs : Quels freins ? Quels leviers ? Analyse sur un échantillon de 117 patients en médecine de ville*. [Sciences pharmaceutiques]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01943485/document>
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health : Results from the World Health Surveys. *Lancet (London, England)*, 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Olver, J. S., & Hopwood, M. J. (2013). Depression and physical illness. *Medical Journal of Australia*, 199(S6). <https://doi.org/10.5694/mja12.10597>
- OMS. (2017, mars 30). *Communiqué de presse de l'Organisation mondiale de la santé à l'occasion de de la campagne de l'OMS intitulée « Dépression : Parlons-en »*. <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- Papakostas, G. I., Perlis, R. H., Scalia, M. J., Petersen, T. J., & Fava, M. (2006). A meta-analysis of early sustained response rates between antidepressants and placebo for the treatment of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(1), 56-60. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000195042.62724.76>
- Pellet, J., Bobon, D.P., Mormont, I., Lang, F., & Massardier, A. (25-28 juin1980). *Étude princeps de validation française de la madrs, sous-échelle dépression de la cprs. Comptes rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* (Masson). <https://www.psychiatic.fr/media/pages/ressources/ressource-lien/82949d2960-1633341129/madrs.pdf>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet (London, England)*, 370(9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Rihmer, Z., & Gonda, X. (2012). Prevention of depression-related suicides in primary care. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*, 27(2), 72-81.
- Rivelli, S. K., & Shirey, K. G. (2014). Prevalence of psychiatric symptoms/syndromes in medical settings. In P. Summergrad & R. G. Kathol (Éds.), *Integrated Care in Psychiatry* (p. 5-27). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0688-8_2
- Sabaté, E. (s. d.). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action* (OMS). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Antidepressant adherence : Are patients taking their medications? *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(5-6), 41-46.
- Santé Publique France. (2023). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire : Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : Résultats du Baromètre santé 2021*. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html
- Sarradon-Eck, A. (2007). Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues: *Sciences sociales et santé*, Vol. 25(2), 5-36. <https://doi.org/10.1684/sss.2007.0201>
- Sewitch, M. J., Abrahamowicz, M., Barkun, A., Bitton, A., Wild, G. E., Cohen, A., & Dobkin, P. L. (2003). Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology*, 98(7), 1535-1544. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.07522.x>
- Silverstone, P. H. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients: *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(1), 43-51. <https://doi.org/10.1097/00005053-199601000-00008>
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : Déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.09.005>
- Trindade, E., Menon, D., Topfer, L. A., & Coloma, C. (1998). Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants : A meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 159(10), 1245-1252.
- Tundo, A., De Filippis, R., & De Crescenzo, F. (2019). Pramipexole in the treatment of unipolar and bipolar depression. A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 116-125. <https://doi.org/10.1111/acps.13055>

Zendjidjian, X. Y., Boyer, L., Magalon, D., Magalon-Bingenheimer, K., Griguer, Y., & Lancon, C. (2014). Pour l'éducation thérapeutique de la maladie dépressive en soins primaires. *La Presse Médicale*, 43(9), 883-885. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.04.012>

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire	4
Glossaire	5
Avant-propos	6
1. Introduction	7
1.1. Episode dépressif caractérisé	7
1.1.1. Aspects historiques	7
1.1.2. Episode dépressif caractérisé : sémiologie et classification actuelle	8
1.1.3. Epidémiologie.....	10
1.1.4. Mécanismes en jeu.....	10
1.1.5. Traitements.....	11
1.1.6. Antidépresseurs	11
1.2. Observance.....	14
1.2.1. Définition et évolution de la sémantique.....	14
1.2.2. Observance médicamenteuse.....	14
1.2.3. Méthodes de mesure de l'observance médicamenteuse	15
1.2.4. Déterminants de l'observance médicamenteuse	15
1.2.5. Enjeux de l'observance des traitements antidépresseurs	16
1.3. Episode dépressif en service de soins généraux.....	16
1.3.1. Epidémiologie.....	16
1.3.2. Spécificités du diagnostic de l'épisode dépressif à l'hôpital général	17
1.3.3. Psychiatrie de liaison	18
1.3.4. Psychiatrie de liaison au CHU de Lille	19
1.3.5. Intervention du service de psychiatrie de liaison auprès des patients déprimés.....	19
1.4. Hypothèse et objectifs de l'étude	21
2. Méthode	22
2.1. Type d'étude	22
2.2. Critères de jugement.....	22
2.2.1. Critère de jugement principal	22
2.2.2. Critères de jugement secondaires.....	22
2.3. Population.....	22
2.3.1. Critères d'inclusion.....	22
2.3.2. Critères de non inclusion.....	23
2.4. Recueil des données	23
2.5. Outils d'analyse.....	24
3. Résultats	25
3.1. Sélection de la population d'étude	25
<i>Figure 1 : Diagramme de flux de recrutement de la population étudiée</i>	25
3.2. Description de la population	26
3.2.1. Données générales	26
<i>Tableau 1 : données générales de la population étudiée</i>	26
3.2.2. L'hospitalisation en service de soins somatiques.....	26
3.2.3. L'intervention de psychiatrie de liaison	26
3.2.4. L'épisode dépressif.....	27

3.3.	Observance du traitement antidépresseur à 3 mois	27
3.4.	Évaluation complémentaire réalisée à 3 mois	27
3.4.1.	Score à l'échelle de MARS-5	27
	<i>Figure 2 : Matrice de corrélation entre score à la MARS-5 et nombre de jours avec antidépresseur</i>	28
	<i>Figure 3 : Graphique descriptif du score de MARS-5 en fonction de l'antécédent d'EDC traité</i>	28
3.4.2.	Symptomatologie dépressive à trois mois	29
	<i>Figure 4 : Histogramme de densité du score MADRS dans groupe observant et non observant</i>	29
3.4.3.	Caractéristiques des suivis.....	30
4.	<i>Discussion</i>	31
4.1.	Analyse critique des principaux résultats	31
4.2.	Résultats au regard de la littérature	32
4.3.	Limites méthodologiques.....	32
4.4.	Sur diagnostic et <i>sickness behavior</i>	33
	<i>Tableau 2 : tableau comparatif de la symptomatologie entre dépression et sickness behavior (Lemogne et al 2018)</i>	34
		34
5.	<i>Perspectives : propositions d'évolution des pratiques professionnelles contribuant à l'observance du traitement antidépresseur dans l'épisode dépressif caractérisé, de l'hôpital général au retour à domicile.</i>	36
5.1.	Renforcer l'adhésion au diagnostic.....	36
5.2.	Formaliser les stratégies éducationnelles.....	36
5.3.	Apprécier le soutien de l'entourage.....	37
5.4.	Utiliser des outils pour améliorer l'observance.....	38
	<i>Figure 5 : Antidepressant Adherence Checklist (Dell'Osso et al 2020)</i>	39
5.5.	Développer les stratégies non médicamenteuses.....	40
5.6.	Assurer le lien avec la médecine de ville.....	40
5.7.	Garantir un parcours de soin adapté et continu	41
6.	<i>Plus-value d'une pratique avancée infirmière</i>	43
6.1.	Promotion de l'Evidence Based Practice (EBP)	43
6.2.	Compétences et champ d'action de l'infirmier en pratiques avancées (IPA)	43
6.3.	Proposition d'applications concrètes pour l'amélioration de l'observance	45
	<i>Tableau 3 : Synthèse des propositions d'actions de l'IPA en psychiatrie de liaison pour l'observance du traitement antidépresseur de l'hôpital général vers la médecine de ville</i>	45
		45
	<i>Conclusion</i>	46
	<i>Bibliographie</i>	47
	<i>Annexes</i>	57
	<i>Annexe 1 : Echelle de Montgomery-Asberg (MADRS)</i>	57
	<i>Annexe 2 : Echelle de MARS-5</i>	59
	<i>Annexe 3 : Auto-questionnaire QUILAM</i>	60

Annexes

Annexe 1 : Echelle de Montgomery-Asberg (MADRS)

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaye sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la notation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

Le diagnostique de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

Annexe 2 : Echelle de MARS-5

Le **Medication Adherence Report Scale (MARS)** s'agit d'un instrument de mesure validé pour l'observance thérapeutique qui comprend 5 questions à parcourir avec le patient. Le score total offre un aperçu de l'observance thérapeutique : plus le score est élevé, meilleure est l'observance thérapeutique. Si le score total du MARS est de 21 ou si le score atteint 4 à chaque question individuelle, le patient est considéré comme compliant.

	Toujours (score = 1)	Souvent (score = 2)	Parfois (score = 3)	Rarement (score = 4)	Jamais (score = 5)
J'oublie de prendre mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je modifie le dosage de mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'interromps un moment la prise de mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je décide de passer une prise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends moins que ce qui est prescrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tableau 1 : Questionnaire MARS¹

Si le patient se révèle non compliant, cherchez en la cause, laquelle déterminera votre intervention.

Annexe 3 : Auto-questionnaire *QUILAM*

Pour chaque question, entourez la réponse qui vous correspond le mieux de 1 à 7 (1 = pas du tout d'accord, 7 = Tout à fait d'accord).

	Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Tout à fait d'accord
1. Les médecins utilisent trop de médicaments.		1	2	3	4	5	6	7	
2. Je m'inquiète parfois à propos des effets à long terme de mon traitement.		1	2	3	4	5	6	7	
3. Je suis parfois négligent(e) dans la prise de mes médicaments		1	2	3	4	5	6	7	
4. Mon médecin (ou autre professionnel de santé) m'a expliqué comment traiter correctement ma maladie.		1	2	3	4	5	6	7	
5. Si les médecins passaient plus de temps avec les patients, ils prescriraient moins de médicaments.		1	2	3	4	5	6	7	
6. Les remèdes naturels sont plus sûrs que les traitements médicaux.		1	2	3	4	5	6	7	
7. Je suis globalement satisfait(e) de ce traitement.		1	2	3	4	5	6	7	
8. Il m'arrive de diminuer ou d'arrêter de prendre mes médicaments sans le dire à mon médecin, parce que je me sens plus mal lorsque je les prends.		1	2	3	4	5	6	7	
9. Il m'arrive de ne pas être à l'aise pour prendre mon médicament pour des raisons sociales (ex : j'étais avec des amis).		1	2	3	4	5	6	7	
10. J'ai des difficultés à gérer tous les médicaments que je dois prendre.		1	2	3	4	5	6	7	
11. Il m'arrive de ne pas avoir mes médicaments avec moi au moment où je devais les prendre.		1	2	3	4	5	6	7	
12. Je comprends les instructions données par les professionnels de santé sur la prise des médicaments.		1	2	3	4	5	6	7	
13. Nous prenons les décisions ensemble avec mon médecin.		1	2	3	4	5	6	7	
14. Il m'arrive d'oublier de faire renouveler mes prescriptions.		1	2	3	4	5	6	7	

Observance du traitement antidépresseur instauré au décours d'une hospitalisation en service de soins généraux : plus-value d'une pratique avancée infirmière

Mots clés : hôpital général, épisode dépressif caractérisé, antidépresseur, observance, pratique avancée.

Résumé :

***Objectifs** : Mesurer le nombre de patients disposant d'un traitement antidépresseur à posologie efficace trois mois après son instauration par le psychiatre de liaison dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé diagnostiqué lors du séjour en service de soins somatiques. Évaluer l'observance, l'évolution de la symptomatologie dépressive et les suivis mis en place.*

***Méthode** : Étude quantitative rétrospective analysant les données recueillies auprès de 30 patients, 3 mois après la sortie de l'hôpital général et les scores obtenus à l'échelle de dépression MADRS et à l'échelle d'observance MARS-5.*

***Résultats** : 50% présentent un défaut d'observance avec majoritairement un arrêt à l'initiative du patient en moyenne à 18 jours après la sortie du service de soins généraux avec une corrélation au score de la MARS-5 et sans impact significatif à la MADRS. Il existe des ruptures dans la continuité des soins vers la médecine de ville et des facteurs prédictifs d'observance sont identifiés.*

***Conclusion** : L'observance de l'antidépresseur instauré à l'initiative du psychiatre de liaison pour le traitement d'un épisode dépressif caractérisé repéré au décours d'un séjour à l'hôpital général peut être améliorée au travers de la démarche diagnostique, du repérage des patients à risque d'inobservance, du renforcement de la psycho éducation, de l'implication des aidants et du suivi du traitement. Les compétences de l'infirmier de pratique avancée dans un rôle de care manager répondent à ces enjeux.*

Abstract:

***Purposes**: To measure the number of patients receiving antidepressant treatment at an effective dosage three months after its initiation by the liaison psychiatrist in the context of a characterized depressive episode diagnosed during their stay in the somatic care service and to assess compliance, the evolution of depressive symptomatology and the follow-ups put in place.*

***Method**: Retrospective quantitative study analyzing data collected from 30 patients, 3 months after discharge from the general hospital and the scores obtained on the MADRS and MARS-5 scales.*

***Results**: 50% show a lack of compliance with the majority stopping at the initiative of the patient on average 18 days after leaving the general care service. A correlation with the MARS-5 score is highlighted and there is no significant impact on the MADRS. There are breaks in the continuity of care towards community medicine and predictive factors for compliance have been identified.*

***Conclusion**: Compliance with the antidepressant introduced at the initiative of the liaison psychiatrist for the treatment of an EDC identified after a stay in the general hospital can be improved through the diagnostic approach, the identification of patients at risk of non-compliance, strengthening psychoeducation, the involvement of caregivers and treatment monitoring. The skills of the advanced practice nurse in a care manager role respond to these challenges.*

Directeurs de mémoire :

- **Madame la Pr Mathilde HORN**
- **Monsieur le Dr Benjamin DELVAL**