UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Respect des recommandations de primo-prescription des antidépresseurs en France : étude rétrospective observationnelle à partir du SNDS entre 2012 et 2022

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 2024
à 16:00 au Pôle Formation

Par Aurélie Lescroart

JURY

Président :
Madame le Professeur Mathilde HORN

Assesseur :
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeurs de thèse :
Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Monsieur le Docteur Antoine LAMER

Avertissement

La Faculté n’entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DCI	Dénomination Commune Internationale
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
F2RSM Psy	Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
HAS	Haute Autorité de Santé
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
IMAO	Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase
IRSNa	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
NICE	*National Institute for health and Care Excellence*
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	*Odds Ratio*
PHQ	*Patient Health Questionnaire*
SNDS	Système National des Données de Santé
Sniiram	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

Sommaire

Avertissement 2
Remerciements 3
Sigles 8
Sommaire 9
Introduction 11
1 Epidémiologie de la dépression 11
2 Prise en soins de la dépression 11
3 Rôle privilégié du médecin généraliste dans la prise en soins de la dépression 12
4 Recommandations à l'instauration du traitement par antidépresseurs 12
5 Evaluation du respect des recommandations 13
6 Objectifs de l'étude 14
Matériel et méthode 15
1 Sources des données 15
2 Critères d'inclusion 15
3 Données extraites 15
4 Séquence de traitement 16
5 Analyse statistique 16
Résultats 17
1 Sélection de la population 17
2 Description générale des résultats 18
3 Respect des recommandations 18
4 Durée de la séquence de traitement en fonction de l'implication d'un psychiatre dans la prise en soins 19
Discussion 21
1 Principaux résultats 21
2 Impact de nos résultats 21
3 Forces et limites de l'étude 21
4 Comparaison avec les autres études 22
5 Piste d'explication des résultats 22
6 Perspectives de recherche 23
Conclusion 25
Liste des tableaux 26
Liste des figures 27

Références 28

Introduction

1 Epidémiologie de la dépression

En mars 2023, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 3,8% de la population souffre de dépression, dont 5% des adultes et 5,7% des plus de 60 ans, ce qui représente environ 280 millions de personnes. De plus, le suicide, étroitement lié à la dépression, est la 4ème cause de décès chez les 15-29 ans, et plus de 700 000 personnes se suicident chaque année [1,2]. Une méta-analyse de 2018 recoupant les études de 1971 à 2014 indique que la dépression est liée de manière statistiquement significative à la présence d'idées suicidaires (OR 1,96), aux tentatives de suicide (OR 1,63) et à la mort par suicide (OR 1,33) [3].

En France, dans les années 1990, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) était d'environ 5% [4]. Sur les prescriptions délivrées, plus d'un tiers des prescriptions d'antidépresseurs étaient en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). En comparaison avec le Royaume-Uni et l'Allemagne, il y avait à l'époque plus de consultations pour dépression et plus de proportions de patients traités par antidépresseurs en France. Il y avait également beaucoup plus de co-prescriptions d'anxiolytiques en France, en comparaison des autres pays [4]. Cependant, en 2004, il a été constaté que seuls 40 à 50% des patients atteints d'un syndrome dépressif consultaient leur médecin généraliste, et ce, malgré une augmentation de la prévalence de la dépression aux alentours de 15%. Les mêmes chiffres sont retrouvés en 2010 [5,6].

Plus récemment, en 2021, il a été estimé que 7,5% des Français âgés de 15 à 85 ans avaient souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. Il y avait également eu 9300 suicides et 200 000 tentatives de suicides [7].

2 Prise en soins de la dépression

En fonction de l'intensité de la dépression, il existe différentes approches pour sa prise en soins. En cas d'EDC d'intensité légère, la première approche est généralement une psychothérapie de soutien, associée à un suivi par le médecin généraliste et des évaluations régulières du risque suicidaire. En cas d'EDC d'intensité modérée, la prise d'antidépresseur est associée à la psychothérapie de soutien, toujours avec un suivi régulier par le médecin généraliste. Enfin, en cas d'EDC d'intensité sévère, le traitement par antidépresseur est associé à un avis psychiatrique [8].

Il existe différentes psychothérapies dans la prise en soins de la dépression [8] :

- La psychothérapie de soutien, qui est la seule psychothérapie non structurée, permettant le plus souvent une meilleure adhésion au traitement médicamenteux
- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
- Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique
- Les thérapies systémiques
- La psychothérapie interpersonnelle

- La thérapie d'acceptation et d'engagement

Lors de la réévaluation du patient, en cas de réponse insuffisante aux antidépresseurs, il est recommandé d'augmenter la posologie jusqu'à la dose efficace, ou de changer d'antidépresseur en cas de non-réponse [9,10].

Il est également recommandé, si le patient est d'accord, d'informer l'entourage du patient sur les symptômes de la dépression, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression. L'entourage est le plus souvent un soutien pour le patient, permettant une meilleure adhésion au traitement et un soutien pour l'alliance thérapeutique [8].

3 Rôle privilégié du médecin généraliste dans la prise en soins de la dépression

La littérature a mis en évidence que le médecin généraliste représentait le professionnel de santé privilégié pour débuter un traitement antidépresseur. En 2016, 80 % des primo-prescriptions d'antidépresseur venaient de médecins généralistes [11] et en 2022, 89,2% des primo-prescriptions d'antidépresseurs étaient faites par un médecin généraliste [12].

La relation entre un patient et son médecin traitant joue également un rôle important dans cette prise en soins. Le patient est le plus souvent suivi par un médecin généraliste depuis de nombreuses années, lui permettant de se confier plus facilement sur les difficultés qu'il peut éprouver ainsi que sur son état mental ressenti. Effectivement, la transparence des informations délivrées par le patient et le médecin est l'une des composantes principales de la relation thérapeutique [13].

Nous supposons également que le médecin généraliste est le principal interlocuteur du patient car l'accès à la psychiatrie en France reste très difficile.

Selon les données de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy), en 2021, la densité de psychiatres en France, toute activité confondue, était de 18,7 pour 100 000 habitants [14]. En comparaison, selon les données de la sécurité sociale au 1e janvier 2021, la densité de médecins généralistes en France était de 150 pour 100 000 habitants [15].

En ce qui concerne les Hauts-de-France, il y avait 14,6 psychiatres pour 100 000 habitants en 2021. En 2019, leur moyenne d'âge était de 49,9 ans, et il était estimé que 26,7% de l'effectif actuellement en exercice allait probablement quitter le marché du travail dans les 10 années à venir [16].

En raison de la diminution à venir du nombre de psychiatres, les médecins généralistes auront donc un rôle d'autant plus important dans le début de la prise en soins des patients atteints de dépression.

4 Recommandations à l'instauration du traitement par antidépresseurs

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) conseille de prescrire en première intention un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS), un inhibiteur de la recapture de la sérotonine ou de la noradrénaline (IRSNa) ou un « autre

antidépresseur ». Les tricycliques (ou imipraminiques) sont à utiliser en seconde intention, la tianeptine et l'agomélatine en 3e intention, et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) uniquement en dernier recours. Il est également recommandé un suivi régulier des patients dans les premières semaines de traitement. La durée totale du traitement est de 6 mois à 1 an après rémission des symptômes, afin de prévenir les rechutes. Il est également bien précisé que l'arrêt du traitement ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou sans accompagnement médical [8]. Les recommandations les plus récentes ont été proposées par le NICE (*National Institute for Health and Care Excellence in England*) en 2022 [17]. Ces recommandations proposent qu'avant l'introduction d'un traitement antidépresseur, le médecin doit aborder avec le patient les raisons de la prescription, les différentes molécules utilisables, les doses et possibles ajustements de doses et les bénéfices et risques de la prise du traitement (notamment les effets indésirables). Il doit également informer le patient de la durée totale du traitement dès le début de la prise en soins. En effet, en ce qui concerne la durée du traitement, il est indiqué qu'il doit être maintenu au minimum 6 mois après rémission des symptômes, sachant que la décision peut également évoluer selon le patient [17].

5 Evaluation du respect des recommandations

Plusieurs études sur la dépression et l'utilisation des antidépresseurs ont été menées dans les années 2000 en Europe. Il est rapporté, notamment en 2007, que seul 19% des patients d'un échantillon britannique représentatif de leur population suivaient les recommandations en vigueur cette année-là [18]. En 2009, MC. Serna indiquait dans son étude observationnelle rétrospective, menée en Espagne entre 2003 et 2007, que 56% des patients arrêtaient leurs antidépresseurs dans les 4 premiers mois de traitement [19]. En Ecosse en 2012, C. Burton rapportait que 75% des patients étaient encore traités au bout d'un mois et 56% au bout de 90 jours. Seuls 40% des patients poursuivaient leur traitement après 180 jours de traitement [20]. Les traitements étaient moins bien suivis chez les patients ayant un ou plusieurs critères parmi les points suivants : un âge de moins de 35 ans, un bas niveau socio-économique ou ceux pour lesquels le médecin généraliste n'enregistrait pas le code diagnostic de la dépression lors de la consultation.

Une étude française suivant le profil de délivrance des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent (entre 6 et 17ans) entre 2015 et 2017 en Midi-Pyrénées rapportait que les recommandations de la HAS n'étaient pas suivies. En effet, les antidépresseurs les plus délivrés étaient la sertraline, la fluoxétine, l'escitalopram et l'amitriptyline. Or, la fluoxétine est la seule molécule qui a l'AMM chez les enfants de plus de 8ans, et ce uniquement si l'enfant n'a pas répondu à 4 à 6 séances de psychothérapies en amont. La plupart des prescriptions venaient de médecins généralistes. Dans cette étude, la durée de prise du traitement n'a pas été évaluée [21].

Une étude française datant de 2011 a analysé la durée de prise d'antidépresseurs, avec une inclusion ayant eu lieu entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2006, et un suivi poursuivi jusqu'au 31 décembre 2007. Dans cette étude, le traitement durait moins de 6 mois pour 81,8% de la population. Pour 58,1% de la population, le traitement durait 28 jours ou moins [22].

Dans son article publié en 2016, Fagot rapportait qu'en 2011, 2% de la population française avait initié un traitement par antidépresseur. Sur ces prescriptions, 64% des

antidépresseurs étaient des ISRS et 23% des « autres antidépresseurs », respectant ainsi les recommandations en vigueur. 40% des patients n'avaient eu qu'un seul remboursement de médicaments et seuls 17% des patients avaient un traitement de 6 mois ou plus, sans interruption de plus de 56 jours. Ils ont également rapporté que 3% des patients ayant eu une primo-prescription d'antidépresseurs ont eu une hospitalisation en lien avec la psychiatrie dans l'année qui a suivi [23].

Une étude en 2022 a été publiée sur un suivi de 5 ans après la primo-prescription d'antidépresseurs d'environ un million de patients en 2011. Ils rapportent que pendant les 12 mois après la première prescription, 41% ont eu une seule prescription d'antidépresseur et 28% ont eu 6 prescriptions ou plus. Durant le suivi de 5 ans, ils rapportent que 92,76‰ personnes-années ont eu un nouvel épisode de dépression ayant nécessité une prise d'antidépresseurs [12].

Depuis ces dernières études, la prévalence de la dépression et des consultations pour trouble de l'humeur s'est amplement majorée, notamment depuis la crise COVID. En effet, en mai 2020, 13,5% des personnes âgées de 15 ans ou plus déclaraient avoir des symptômes évocateurs d'un état dépressif, soit 2,5 points en hausse par rapport à 2019. La proportion de jeunes adultes dépressifs a doublé en l'espace de 5 ans entre 2014 et 2019, puis à nouveau entre 2019 et mai 2020. Ajouté à cela, le nombre de patients prenant des antidépresseurs pour la 1^{e} fois passe de 15% à 26% entre janvier et avril 2021. Nous constatons également une hausse du nombre de consultations pour problème de santé mentale chez le médecin généraliste entre avril et juillet 2021 [24,25].

6 Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude était d'évaluer le respect des recommandations lors de l'initiation d'un traitement par antidépresseurs, en se concentrant sur les molécules utilisées et la durée de primo-prescription entre 2012 et 2022, en France. Nous avons également comparé l'adhésion aux recommandations en fonction de la spécialité du prescripteur, médecin généraliste ou psychiatre.

Matériel et méthode

1 Sources des données

Nous avons effectué une étude rétrospective et observationnelle. Nous avons utilisé la base de données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram), intégré au système national des données de santé (SNDS).[26] Le Sniiram est un entrepôt de données pseudonymisées regroupant les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral. Il comporte également le codage détaillé des médicaments délivrés ainsi que l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, la spécialité et le mode d'exercice des prescripteurs [27].

2 Critères d'inclusion

Nous avons inclus les délivrances de médicaments appartenant à la classe ATC N06A, sur une période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2022, et ayant été délivrés à des patients de plus de 18 ans n'ayant pas eu de prescription d'antidépresseurs dans les 365 jours précédents la première prescription retrouvée.

Les patients ayant une co-prescription d'antidépresseurs et d'antipsychotiques ont été exclus de l'étude, car considérés comme étant bipolaires, donc avec un suivi plus long et complexe.

Nous avons également exclu les délivrances d'antidépresseurs prescrites par d'autres spécialités que la médecine généraliste, la psychiatrie et la pédopsychiatrie, car certains antidépresseurs ont également l'AMM en tant que médicaments de la douleur, mais les durées de traitement sont différentes pour ce motif de prescription.

3 Données extraites

Concernant les patients, nous avons extrait l'âge à la délivrance du médicament, l'existence ou non d'une complémentaire santé solidaire (CSS) et la date de primo-délivrance.

Concernant le prescripteur, nous avons extrait principalement leur spécialité médicale.

Concernant les délivrances de médicaments, nous avons extrait le code ATC et le code CIP des antidépresseurs délivrés, qui documentent la posologie du médicament, sa galénique, sa dénomination commune internationale (DCI) et le nombre de médicaments par boîtes. Nous avons extrait également le nombre de boîtes délivrés en pharmacie.

4 Séquence de traitement

Nous avons défini une séquence de traitement par antidépresseur comme une série de délivrances d'antidépresseurs dans des pharmacies d'officine. À partir de la première délivrance, nous avons suivi le patient pendant deux ans pour collecter toutes les délivrances supplémentaires faisant partie de la même séquence.

La durée de la séquence a été déterminée comme l'intervalle entre la première et la dernière prescription au cours de ces deux années de suivi. S'il y avait un écart de plus de 56 jours entre deux délivrances successives pendant cette période de deux ans, nous avons considéré qu'il s'agissait d'une interruption du traitement.

Pour les patients dont le traitement s'est prolongé au-delà de deux ans, seules les données des deux premières années ont été prises en compte. Dans notre étude, nous avons considéré que si la prise d'antidépresseur se poursuivait au-delà de 2 ans, le patient dépassait la durée de traitement recommandée pour un premier épisode dépressif caractérisé.

Si un patient reprenait un traitement après une interruption de plus d'un an, une nouvelle séquence était initiée. Par conséquent, un patient peut avoir plusieurs séquences de traitement, chacune analysées séparément.

5 Analyse statistique

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités ont été exprimées en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type (SD, standard deviation) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1 ; Q3) dans le cas contraire.

Nous avons décrit les classes de molécules prescrites en première délivrance, en fonction des classes recommandées. Nous avons décrit la durée des séquences, en tenant compte des interruptions de traitement, et de la durée recommandée. Les durées de traitement étaient considérées comme respectant les recommandations lorsqu'elles étaient comprises entre 9 mois et 2 ans.

Nous avons comparé les séquences en fonction de l'implication d'un psychiatre, c'est à dire de la présence d'au moins une délivrance prescrite par un psychiatre au cours de la séquence.

L'indépendance entre deux variables qualitatives a été testée à l'aide d'un test du Khi². L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative a été testée à l'aide d'un test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Les tests statistiques étaient bilatéraux. Les p valeurs étaient considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance étaient calculés à 95%.

Résultats

1 Sélection de la population

Entre le 1er janvier 2012 au 31 décembre 2022, nous avons extrait 466 663 086 délivrances d'antidépresseurs en pharmacie d'officine. Au total, 17 932 357 patients ont bénéficié d'au moins une délivrance d'antidépresseurs. Parmi ces patients, 1 810 126 patients ont été exclus, car ils bénéficiaient également d'au moins une délivrance d'antipsychotiques. Les 16 122 231 patients restants comptaient 384 062 833 délivrances d'antidépresseurs. Pour ces patients, nous avons identifié 15 777 586 séquences d'antidépresseurs, sans antécédents de délivrances d'antidépresseurs dans les 365 jours précédant le début de la séquence, pour un total de 382 630 264 délivrances.

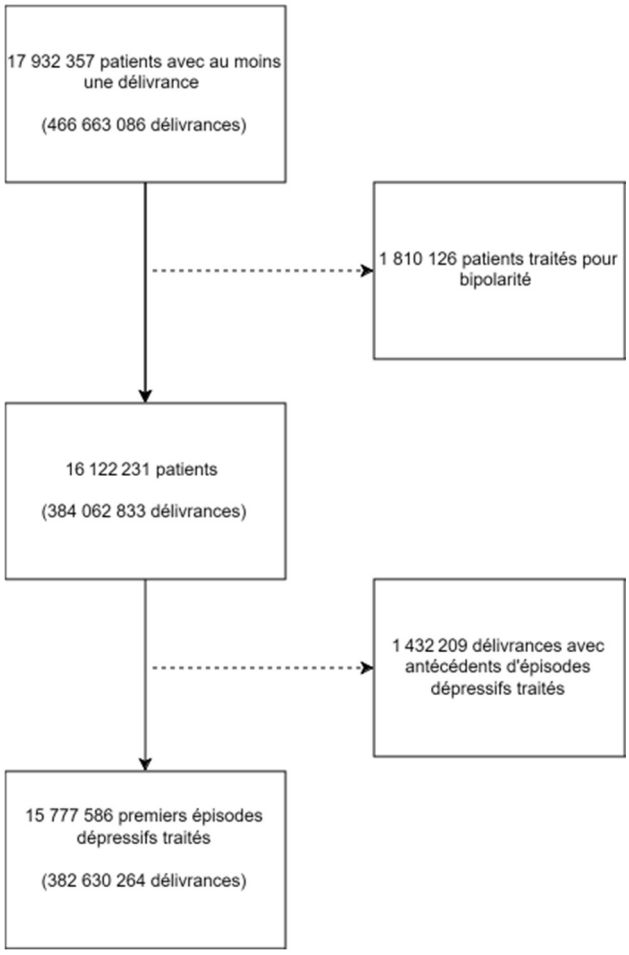

Figure 1 : Flowchart

2 Description générale des résultats

L'étude a inclus 15 777 586 séquences de patients. L'âge médian (Q1 ; Q3) de la population lors de la primo-prescription était de 52 ans (38 ; 68). Il y avait 64,15% de femmes (n = 10 120 605) et 9,10% des patients bénéficiaient de la CSS (n = 1 435 857).

Les trois molécules les plus délivrées en primo-délivrance étaient l'escitalopram, la paroxétine et l'amitriptyline avec respectivement 21,49% (n = 3 390 057), 13,58% (n = 2 142 393), 9,69% (n = 1 529 595) des primo-délivrances. Toutes molécules confondues, les trois molécules les plus délivrées étaient l'escitalopram, la paroxétine, et la venlafaxine avec respectivement 18,34% (n = 26 621 966), 12,23% (n = 17 753 568), et 8,04% (n = 11 666 512) des délivrances. Le classement complet des molécules délivrées est présenté dans le Tableau 1.

Pour chaque séquence, les patients recevaient une médiane (Q1 ; Q3) de 4 délivrances (1 ; 13). Au sein d'une séquence, le délai médian (Q1 ; Q3) entre deux délivrances successives était de 29 (17 ; 40) jours. Parmi les 11 179 277 (70,86%) séquences qui avaient au moins deux délivrances, 7 333 177 (65,60%) ont eu au moins une interruption de traitement, et 3 702 796 (33,12%) ont eu au moins deux interruptions de traitements. Dans le cas des séquences avec interruption de traitements, le délai médian (Q1 ; Q3) d'interruption était de 94 (67 ; 179) jours.

3 Respect des recommandations

Il y avait 8 869 699 séquences de traitement (56,22%) pour lesquelles le traitement a été interrompu avant 9 mois, 5 838 350 séquences (37,0%) pour lesquelles le traitement a duré entre 9 et 24 mois, et 1 069 537 séquences (6,78%) duraient plus de deux ans.

Au total, 68,46% des séquences sont initiées par un antidépresseur des classes recommandées par l'HAS, c'est-à-dire les ISRS, IRSNa, ou autres antidépresseurs hors tianeptine et agomélatine. Il y avait 7 706 932 (48,85%) séquences qui étaient initiées par un antidépresseur ISRS, 1 706 103 (10,81%) par un antidépresseur tricyclique, 1 556 417 (9,86%) par un antidépresseur de la classe « autres antidépresseurs », 1 537 566 (9,75%) par un antidépresseur IRSNa. L'ensemble des résultats est présenté dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Classes d'antidépresseurs délivrés

	Première délivrance	Toutes délivrances confondues
ISRS	7 706 932 (48,85%)	64 038 555 (44,13%)
ISRNa	1 537 566 (9,75%)	16 936 114 (11,67%)
Tricycliques	1 706 103 (10,81%)	7 411 212 (5,11%)
Tianeptine	77 021 (0,49%)	467 931 (0,32%)
Agomélatine	99 135 (0,63%)	684 483 (0,47%)
IMAO	6 277 (0,04%)	73 767 (0,05%)
Autres antidépresseurs	1 556 417 (9,86%)	15 351 938 (10,58%)
Indéterminé	3 088 135 (19,57%)	40 157 021 (27,67%)

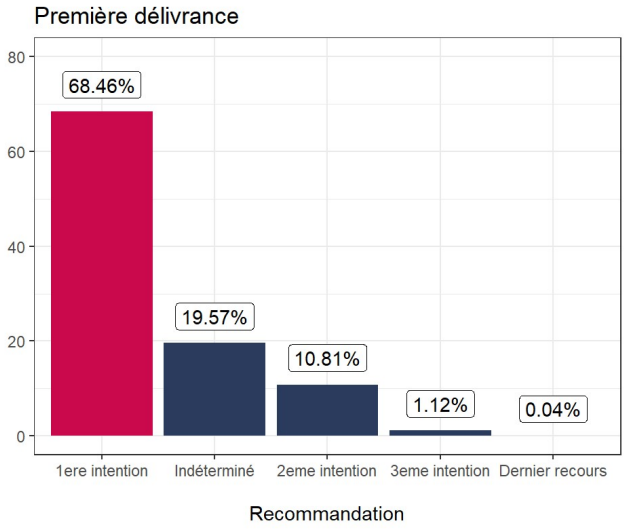

Figure 2 : Pourcentage de séquences par classe d'antidépresseurs à la première délivrance. 1ère intention = ISRS, IRSNa, autres antidépresseurs hors tianeptine et agomélatine, 2ème intention = Tricycliques, 3ème intention = tianeptine ou agomélatine. Dernier recours = IMAO

4 Durée de la séquence de traitement en fonction de l'implication d'un psychiatre dans la prise en soins

Il y avait 84,68% des séquences qui comportaient uniquement des délivrances prescrites par des médecins généralistes (n = 13 361 127), et 15,32% des séquences comportaient au moins une délivrance prescrite par un psychiatre (n = 2 416 459). Le Tableau 2 compare les séquences avec implication d'un psychiatre et les séquences sans psychiatre.

Lorsqu'un psychiatre était impliqué dans la prise en soins, la durée de la séquence de traitement était plus longue, avec 520 (130 ; 685) jours contre 112 (28 ; 604) jours (p-value < 0,001). La proportion de séquences avec une durée inférieure à 9 mois, lorsqu'un psychiatre était impliqué, était également inférieure à la proportion de séquences sans psychiatre, avec respectivement 34,90% contre 60,07% (p-value < 0,001). Un peu plus de la moitié des séquences avec implication d'un psychiatre respectaient les recommandations de la HAS, avec 56,11% des séquences ayant une durée comprise entre 9 mois et 2 ans, contre 33,55% pour les séquences sans psychiatre. Enfin, 8,99% des séquences avec psychiatre étaient supérieures à 2 ans, contre 6,38% des séquences sans psychiatre.

Tableau 2 : Comparaison des séquences de traitements par antidépresseurs en fonction de l'implication d'un psychiatre dans la séquence.

	Séquences avec seulement un médecin généraliste N = 13 361 127	Séquences avec médecin généraliste et/ou psychiatre N = 2 416 459	p-value
Caractéristiques des patients			
Age (années), Médiane (Q1 ; Q3)	53 (40, 70)	44 (32, 55)	<0,001
Sexe – Femme, n (%)	8 641 740 (64,68%)	1 478 873 (61,20%)	<0,001
CSS (%)	8,63%	11,72%	<0,001
Caractéristiques des séquences			
Nombre de délivrances par séquences	3 (1, 11)	10 (4, 21)	<0,001
Nombre de séquences avec au moins deux délivrances	9 006 231 (67,41%)	2 173 046 (89,93%)	<0,001
Nombre de séquences avec au moins une interruption de traitement *	5 789 570 (64,28%)	1 543 607 (71,03 %)	<0,001
Durée de la séquence, en jours	112 (28, 604)	520 (130, 685)	<0,001
Respect des recommandations en termes de durée – n (%)			
< 9 mois	8 026 307 (60,07 %)	843 392 (34,90 %)	<0,001
9 mois – 2ans	4 482 455 (33,55 %)	1 355 895 (56,11 %)	<0,001
> 2ans	852 365 (6,38 %)	217 172 (8,99 %)	<0,001

* : parmi les séquences d'au moins deux délivrances.

Discussion

1 Principaux résultats

Entre 2012 et 2022, 68,46 % des séquences de traitement par antidépresseurs étaient initiées par une molécule recommandée par les sociétés savantes, c'est-à-dire appartenant aux classes des ISRS, IRSNa ou autres antidépresseurs, hors tianeptine et agomélatine. Le principal antidépresseur prescrit était l'escitalopram, un antidépresseur de la famille des ISRS. Cela est cohérent avec les recommandations actuelles.

Notre étude met en évidence que pour 56,22% des primo-prescriptions d'antidépresseurs, la durée de traitement était inférieure à 9 mois, et ne respectaient donc pas la durée recommandée par les sociétés savantes. Seulement 37% des patients avaient une durée de traitement respectant les recommandations, c'est-à-dire entre 9 mois et 2 ans.

Quand un psychiatre était impliqué dans la prise en soins, 56,11% des primo-délivrances respectaient la durée recommandée, contre seulement 33,55% quand le médecin généraliste était seul.

2 Impact de nos résultats

A notre connaissance, aucune étude de cette ampleur concernant les primo-délivrances d'antidépresseurs n'avait été réalisée en France récemment. Nos résultats contribuent à actualiser les connaissances sur la primo-prescription des antidépresseurs en France. En effet, nous retrouvons que la durée de primo-prescription ne respecte toujours pas les recommandations actuelles françaises ou internationales. En revanche, les molécules utilisées sont celles recommandées par les sociétés savantes, avec l'escitalopram en tête de liste.

Depuis 2011, les agences de sécurité de médicaments de nombreux pays (comme la Food and Drug Administration aux Etats Unis ou l'European Medicines Agency) émettent des réserves quant à l'utilisation de l'escitalopram et du citalopram. Il a en effet été décrit qu'ils étaient associés à un allongement de l'espace QT, pouvant causer des arythmies cardiaques, des tachycardies ventriculaires, des fibrillations ventriculaires, des torsades de pointes ou dans les cas les plus extrêmes, des arrêts cardiaques [28,29]. Depuis ces précautions d'emploi, de nombreuses études ont été réalisées et ne rapportaient pas de lien significatif entre la prise de ces 2 molécules et la survenue d'évènements indésirables cardiaques, comparativement à d'autres antidépresseurs ISRS [30–32].

3 Forces et limites de l'étude

La principale force de notre étude repose sur le volume de séquences étudiées grâce à l'exhaustivité des données collectées à partir du SNDS.

De plus, du fait de l'utilisation de données objectives, sans interaction avec des individus, il n'y a pas de biais de mémorisation ou de biais de désirabilité sociale.

La principale limite de cette étude est liée à l'incertitude de la prise du médicament par le patient. Le SNDS ne contient que des données de facturation, et dans le cas de notre étude, des données de délivrances en pharmacie. Nous ne connaissons pas l'utilisation ni l'observance des patients, et nous ne pouvons pas non plus estimer les stocks au domicile des patients ou les médicaments prescrits mais n'ayant pas été retirés en pharmacie. Enfin, nous ne connaissons pas l'indication de prescription des antidépresseurs, même si pour la plupart des troubles (y compris prescrit en cas de troubles obsessionnels compulsifs, de trouble panique, etc), il y a nécessité d'un traitement d'au moins quelques mois, comme dans l'indication de la dépression.

4 Comparaison avec les autres études

Comme dans les études de Tournier en 2011 et de Fagot en 2016, nous avons choisi de définir l'arrêt du traitement par l'absence de délivrance au bout de 56 jours [23,33]. En effet, la plupart des boites de médicaments contiennent 28 comprimés/gélules, et les pharmacies françaises ne peuvent délivrer les médicaments que pour 4 semaines (ou un mois selon le conditionnement des boites de médicaments). Il faut donc nécessairement que le patient retourne à la pharmacie dans les alentours du 28ème jour afin de récupérer la boîte de médicaments suivante. Nous considérons donc que s'il n'avait pas été récupérer leur boite de médicaments au 56ème jour, c'est que le patient avait interrompu son traitement. Certaines études ont choisi de définir l'arrêt de prise du traitement après 120 jours [34] ou encore après plus de 6 mois sans délivrance de médicaments [19], mais nous avons considéré qu'une durée de 56 jours était la durée la plus adéquate pour définir l'arrêt de traitement.

En ce qui concerne la période de *wash-out* avant la première prise d'antidépresseurs, comme dans les études de Serna, Burton, Fagot et Sihvo, nous avons décidé qu'une année sans prise d'antidépresseur était nécessaire [19,20,23,34]. Certaines études ont choisi des périodes de *wash-out* plus courtes, comme Tournier pour qui une période de 6 mois était suffisante, ou Milea, qui a choisi une période de 3 mois [33,35]. Pour ne pas inclure de nouvelles séquences de primo-prescriptions quand les patients étaient en réalité en rupture de traitement pour plusieurs mois, nous avons choisi une période de *wash-out* d'un an.

5 Piste d'explication des résultats

L'arrêt prématuré du traitement des patients suivis par des médecins généralistes pourrait s'expliquer par une mauvaise indication de la prescription. En effet, une méta-analyse de 2009 retrouvait que sur 41 études, les médecins généralistes identifiaient mal 45,4% des dépressions [36]. Afin de parer à cette mauvaise indication, il existe plusieurs outils d'aide au diagnostic de la dépression, notamment le *Patient Health Questionnaire* (PHQ), l'échelle de mesure de la dépression Hamilton, ou encore l'échelle gériatrique de dépression [37].

Avec 84,68 % de médecins généralistes comme primo-prescripteurs, ces professionnels jouent un rôle majeur dans la prise en soins de la dépression. A l'avenir, la place du médecin généraliste sera encore plus prépondérante en raison de la diminution du nombre de psychiatres. Or, les médecins généralistes se sentent insuffisamment formés à la clinique et à la thérapeutique des troubles dépressifs [13]. Ils sont également demandeurs de formations sur les différents types de psychothérapie, la pratique du soutien psychologique par le médecin, ainsi que de la gestion de la demande de psychotropes par le patient [38].

De plus, les prescriptions instaurées par des psychiatres sont peut-être poursuivies plus longtemps de par le patient lui-même (plus impliqué dans ses soins avec une meilleure observance et un meilleur suivi), de par la pathologie (dépression plus sévère, autre trouble psychiatrique associé), ou de par le prescripteur (meilleure information sur la durée de traitement, sur les effets indésirables, sur la dépression en elle-même, etc…).

L'observance est également majorée par la multiplicité des intervenants, comme dans des études, espagnole et américaine, rapportant une meilleure adhésion au traitement antidépresseur quand le pharmacien est impliqué dans la boucle de soins [39,40]. En effet, le pharmacien a également un rôle à jouer dans l'éducation thérapeutique du patient [41,42]. Une étude lyonnaise indique que les pharmaciens n'avaient cependant pas de notion de durée précise de prise du traitement antidépresseur [43].

Le patient a également un rôle dans l'arrêt précoce du traitement lors d'une primo-délivrance. Hansen et al. mettent en évidence les effets secondaires dus aux traitements : troubles digestifs, troubles sexuels, prise de poids, céphalées, insomnie, etc. [44]. La lecture de la notice du médicament, et des effets indésirables qui y sont rapportés, peut également être impliquée dans le manque d'observance des patients. Il est donc important de les prévenir oralement des effets indésirables connus dès l'introduction de l'antidépresseur [45]. Certains patients indiquent aussi que selon eux, le traitement n'était plus nécessaire, et décidaient de l'arrêter sans avis médical dès qu'ils se sentaient mieux [46,47].

Il est donc également important de prévenir les patients de la nécessité de poursuivre leur traitement suffisamment longtemps. En effet, une étude de 2015 rapporte que le risque de récidives de dépression est d'autant plus important que le traitement initial est court. Il est nécessaire de poursuivre le traitement minimum 4 à 6 mois après la disparition des symptômes, parfois jusqu'à 12 mois [48].

6 Perspectives de recherche

Notre travail pourrait être complété par des études qualitatives complémentaires afin de recueillir le point de vue des médecins généralistes concernant les résultats rapportés dans notre étude. En particulier, nous pourrions identifier avec eux les facteurs pouvant expliquer une courte durée de prise des antidépresseurs lors d'une primo-prescription. Il pourrait également être intéressant d'étudier si les prescripteurs et les patients rapportent les mêmes raisons d'arrêt du traitement. Par exemple, le médecin pourrait penser que l'arrêt du traitement décidé par le patient sans avis médical serait dû à un sentiment de guérison, quand le patient nous rapporterait des effets indésirables expliquant l'arrêt du traitement, dont il n'aurait pas discuté avec son médecin.

En ce qui concerne le manque de formation ressenti par les médecins généralistes [13], il pourrait être intéressant d'interroger les internes en médecine générale en fin de cursus sur la manière dont ils envisagent la prise en soins des patients dépressifs, sur comment ils envisagent la primo-prescription d'antidépresseurs en ville et sur ce qu'ils disent aux patients concernant le traitement lors de la consultation de primo-prescription. En effet, dans le cursus d'études médicales, il y a peu de formation concernant la dépression et sa prise en soins, alors qu'en pratique, un médecin généraliste sera confronté à cette pathologie plusieurs fois par semaine.

Il serait également intéressant de développer des interventions auprès des patients afin de favoriser l'observance au traitement. En effet, dans le cas du diabète ou de l'hypertension artérielle, il existe des ateliers d'éducation thérapeutique du patient, leur permettant une meilleure compréhension de la maladie et par la suite une meilleure observance aux soins, tant sur le suivi pluri-professionnel que sur la prise médicamenteuse. Or, dans le cas d'une primo-prescription d'antidépresseurs, le patient présente le plus souvent un épisode aigu de dépression, et ne rentre donc pas encore dans le cadre d'une maladie chronique. En raison du caractère ponctuel de l'épisode, il serait donc difficile de mettre en œuvre ce type d'actions en médecine générale, qui prennent du temps à préparer et à organiser. Il faudrait donc imaginer un autre type d'action, plus rapide à mettre en œuvre et non stigmatisant pour le patient.

Nous pourrions également envisager de mettre en œuvre des campagnes d'information dans les maisons de santé, les cabinets médicaux et les pharmacies, afin de communiquer les résultats actuels concernant la primo-prescription des antidépresseurs en France. Ces campagnes pourraient être l'occasion de rappeler qu'une durée de traitement trop courte est liée à un risque de récidive d'épisode dépressif majoré, comparativement à un traitement respectant les durées recommandées par les différents organismes de santé, nationaux ou internationaux. Le but de ces campagnes d'information serait alors d'accentuer la communication avec les patients concernant la durée prévisible du traitement, afin que les patients ne soient pas étonnés de la poursuite du traitement, malgré la guérison ressentie, ou encore qu'ils ne décident de stopper le traitement sans en informer leur médecin. On pourrait également imaginer que ces informations soient transmises directement au patient, par le biais de communication comme les mails envoyés par l'assurance maladie.

Conclusion

Les résultats de notre étude sont similaires à ce qui est rapporté dans la littérature, à savoir que les classes d'antidépresseurs sont respectées, mais que les antidépresseurs sont arrêtés trop précocement. Il serait probablement utile d'organiser des campagnes d'information dans les cabinets de médecine générale et les pharmacies afin que tous les professionnels de santé se rendent compte des chiffres actuels et de l'importance de respecter la durée de primo-prescription afin d'éviter les récidives d'épisode dépressif.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Classes d'antidépresseurs délivrés..... 19

Tableau 2 : Comparaison des séquences de traitements par antidépresseurs en fonction de l'implication d'un psychiatre dans la séquence..... 20

Liste des figures

Figure 1 : Flowchart 17

Figure 2 : Pourcentage de séquences par classe d'antidépresseurs à la première délivrance. 1ère intention = ISRS, IRSNa, autres antidépresseurs hors tianeptine et agomélatine, 2ème intention = Tricycliques, 3ème intention = tianeptine ou agomélatine. Dernier recours = IMAO 19

Références

[1] Principaux repères sur la dépression n.d. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression (accessed June 12, 2023).

[2] Cui R, Fiske A. Relation Between Depression Symptoms and Suicide Risk in Adults and Older Adults: A Brief Report. J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc 2022;41:176–80. https://doi.org/10.1177/0733464820970849.

[3] Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. Br J Psychiatry 2018;212:279–86. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27.

[4] Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Vie-Publiquefr 2023. http://www.vie-publique.fr/rapport/24363-etude-de-la-prescription-et-de-la-consommation-des-antidepresseurs-en-am (accessed June 9, 2023).

[5] epp_episode20depressif_rap.pdf n.d.

[6] Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville n.d.

[7] La prévention en santé mentale. Ministère Santé Prév 2023. https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/la-prevention-en-sante-mentale (accessed June 20, 2023).

[8] depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf n.d.

[9] Qaseem A, Owens DK, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Tufte J, Cross JT, Wilt TJ, et al. Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatments of Adults in the Acute Phase of Major Depressive Disorder: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2023;176:239–52. https://doi.org/10.7326/M22-2056.

[10] The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. - Recherche Google n.d. https://www.google.com/search?q=The+2020+Royal+Australian+and+New+Zealand+College+of+Psychiatrists+clinical+practice+guidelines+for+mood+disorders%3A+Major+depression+summary.&oq=The+2020+Royal+Australian+and+New+Zealand+College+of+Psychiatrists+clinical+practice+guidelines+for+mood+disorders%3A+Major+depression+summary.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDExMTVqMGo3qAIAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8 (accessed October 4, 2024).

[11] Etchepare F, Pambrun E, Verdoux H, Tournier M. Trends in patterns of antidepressant use in older general population between 2006 and 2012 following publication of practice guidelines. Int J Geriatr Psychiatry 2017;32:849–59. https://doi.org/10.1002/gps.4536.

[12] Ouazana-Vedrines C, Lesuffleur T, Cuerq A, Fagot-Campagna A, Rachas A, Gastaldi-Ménager C, et al. Outcomes associated with antidepressant treatment according to the number of prescriptions and treatment changes: 5-year follow-up of a nation-wide cohort study. Front Psychiatry 2022;13:923916. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.923916.

[13] Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. L'Encéphale 2008;34:205–10. https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.03.001.

[14] Densité de psychiatres en activité régulière (tous modes d'exercice). Hauts-de-France versus autres régions. 2021 n.d. https://www.f2rsmpsy.fr/densite-psychiatres-activite-reguliere-tous-modes-drexercice-hauts-france-versus-autres-regions-2021.html (accessed January 18, 2024).

[15] La France compte 339 médecins pour 100 000 habitants en 2021 n.d. https://www.securite-sociale.fr/home/dossiers/actualites/list-actualites/la-france-compte-339-medecins-po.html (accessed January 18, 2024).

[16] Pyramide des âges et sex ratio des psychiatres (2021) n.d. https://www.f2rsmpsy.fr/cartotheque.html (accessed January 18, 2024).

[17] Recommendations | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations#starting-antidepressant-medication (accessed June 11, 2023).

[18] Hunot VM, Horne R, Leese MN, Churchill RC. A Cohort Study of Adherence to Antidepressants in Primary Care: The Influence of Antidepressant Concerns and Treatment Preferences. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007;9:91–9.

[19] Serna MC, Cruz I, Real J, Gascó E, Galván L. Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database. Eur Psychiatry 2010;25:206–13. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.012.

[20] Burton C, Anderson N, Wilde K, Simpson CR. Factors associated with duration of new antidepressant treatment: analysis of a large primary care database. Br J Gen Pract 2012;62:e104–12. https://doi.org/10.3399/bjgp12X625166.

[21] Nguyen-Soenen J, Driot D, Verges Y, Dupouy J, Birebent J. Profil de délivrance des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent en Midi-Pyrénées entre 2015 et 2017. Rev DÉpidémiologie Santé Publique 2021;69:7–12. https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.10.008.

[22] Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, Verdoux H. Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie. L'Encéphale 2011;37:S36–41. https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.06.007.

[23] Fagot J-P, Cuerq A, Samson S, Fagot-Campagna A. Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up. Int J Clin Pract 2016;70:744–51. https://doi.org/10.1111/ijcp.12850.

[24] Crise sanitaire : hausse des syndromes dépressifs et des consultations pour ce motif | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n.d. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/crise-

sanitaire-hausse-des-syndromes-depressifs-et-des-consultations-pour-ce (accessed June 12, 2023).

[25] Les problèmes de santé mentale, en augmentation en 2020, impactent fortement l'activité des généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n.d. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-problemes-de-sante-mentale-en-augmentation-en-2020-impactent-fortement (accessed March 16, 2023).

[26] Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, Gastaldi-Ménager C, Rachas A, de Roquefeuil L, et al. Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France. Rev Epidemiol Sante Publique 2017;65 Suppl 4:S149–67. https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.05.004.

[27] Présentation du SNDS n.d. https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/en-savoir-plus-snds/presentation-systeme-national-donnees-sante-snds (accessed July 3, 2023).

[28] Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, et al. QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records. The BMJ 2013;346:f288. https://doi.org/10.1136/bmj.f288.

[29] Ojero-Senard A, Benevent J, Bondon-Guitton E, Durrieu G, Chebane L, Araujo M, et al. A comparative study of QT prolongation with serotonin reuptake inhibitors. Psychopharmacology (Berl) 2017;234:3075–81. https://doi.org/10.1007/s00213-017-4685-7.

[30] Aakjær M, Werther SK, De Bruin ML, Andersen M. Serious arrhythmia in initiators of citalopram, escitalopram, and other selective serotonin reuptake inhibitors: A population-based cohort study in older adults. Clin Transl Sci 2022;15:2105–15. https://doi.org/10.1111/cts.13319.

[31] Leonard CE, Bilker WB, Newcomb C, Kimmel SE, Hennessy S. Antidepressants and the Risk of Sudden Cardiac Death and Ventricular Arrhythmia. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2011;20:903–13. https://doi.org/10.1002/pds.2181.

[32] Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. High-Dose Citalopram and Escitalopram and the Risk of Out-of-Hospital Death. J Clin Psychiatry 2017;78:190–5. https://doi.org/10.4088/JCP.15m10324.

[33] Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, Verdoux H. Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie. L'Encéphale 2011;37:S36–41. https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.06.007.

[34] Sihvo S, Wahlbeck K, McCallum A, Sevon T, Arffman M, Haukka J, et al. Increase in the duration of antidepressant treatment from 1994 to 2003: a nationwide population-based study from Finland. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2010;19:1186–93. https://doi.org/10.1002/pds.2017.

[35] Milea D, Guelfucci F, Bent-Ennakhil N, Toumi M, Auray J-P. Antidepressant monotherapy: A claims database analysis of treatment changes and treatment

duration. Clin Ther 2010;32:2057–72. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2010.11.011.

[36] Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet Lond Engl 2009;374:609–19. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5.

[37] Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé 2017.

[38] Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. 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. Inf Psychiatr 2014;90:341–52. https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1204.

[39] M R-V, A S-B, J M-B, A F, J G-C, Mm P, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. Ann Pharmacother 2011;45. https://doi.org/10.1345/aph.1P429.

[40] Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Pei Y, Supran S, Peckham E, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:199–209. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.08.005.

[41] Brunie V, Roupret-Serzec J, Rieutord A. Le roˆle du pharmacien dans l'e´ducation the´rapeutique du patient 2010;29.

[42] Éducation thérapeutique du patient. CNOP n.d. https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-fiches-professionnelles/education-therapeutique-du-patient2 (accessed October 11, 2024).

[43] Acheuk L, Mouchoux C, Lepetit A, Novais T. Représentations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie vis-à-vis de la prise en soin de la dépression chez la personne âgée. Ann Pharm Fr 2020;78:167–78. https://doi.org/10.1016/j.pharma.2019.11.001.

[44] Hansen RA, Gartlehner G, Lohr KN, Gaynes BN, Carey TS. Efficacy and Safety of Second-Generation Antidepressants in the Treatment of Major Depressive Disorder. Ann Intern Med 2005;143:415–26. https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00006.

[45] Crawford AA, Lewis S, Nutt D, Peters TJ, Cowen P, O'Donovan MC, et al. Adverse effects from antidepressant treatment: randomised controlled trial of 601 depressed individuals. Psychopharmacology (Berl) 2014;231:2921–31. https://doi.org/10.1007/s00213-014-3467-8.

[46] Col N, Fanale JE, Kronholm P. The Role of Medication Noncompliance and Adverse Drug Reactions in Hospitalizations of the Elderly. Arch Intern Med 1990;150:841–5. https://doi.org/10.1001/archinte.1990.00390160093019.

[47] Demyttenaere et al. Compliance With Antidepressants in a Primary Care Setting, 1: Beyond Lack of Efficacy and Adverse Events. J Clin Psychiatry n.d.

[48] Baldessarini RJ, Lau WK, Sim J, Sum MY, Sim K. Duration of initial antidepressant treatment and subsequent relapse of major depression. J Clin Psychopharmacol 2015;35:75–6. https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000263.

AUTEUR : Nom : LESCROART **Prénom :** Aurélie

Date de Soutenance : 07/11/2024

Titre de la Thèse : Respect des recommandations de primo-prescription des antidépresseurs en France : étude rétrospective observationnelle à partir du SNDS entre 2012 et 2022

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : antidépresseurs ; prescription ; recommandations ; médecine générale

Résumé :

Contexte : L'OMS estime en 2023 que 3,8% de la population souffre de dépression. En 2021 en France, 7,5% des habitants déclaraient avoir souffert de dépression l'année précédente. Les études françaises sur des délivrances de 2011, rapportaient que les recommandations de la HAS concernant la durée de primo-prescription d'antidépresseurs n'étaient pas respectées. L'objectif de cette étude est d'évaluer le respect des recommandations à l'instauration d'un antidépresseur entre 2012 et 2022.

Matériel et Méthodes : A partir du SNDS, nous avons extrait les données relatives aux délivrances d'antidépresseurs entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2022, pour les patients ne recevant pas d'antidépresseurs dans les 12 mois précédents. Un patient était considéré en fin de traitement si la durée entre 2 délivrances excédait 56 jours.

Résultats : Les recommandations étaient respectées concernant les classes de molécules, mais pour la durée de traitement, seuls 37% des patients avaient une durée de traitement comprise entre 9 et 24 mois. 56,22% des patients ont un traitement trop court.

Conclusion : Ces résultats sont similaires à la littérature. Il est nécessaire de promouvoir le respect des recommandations, surtout sur la durée de traitement, afin de prévenir les récidives d'épisodes dépressifs caractérisés.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Mathilde HORN
Assesseur : Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE
Directeurs : Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY
Monsieur le Docteur Antoine LAMER