

L'ENCÉPHALE

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.em-consulte.com/produit/ENCEP

ÉPIDÉMIOLOGIE

Résultats de la cohorte française de l'étude observationnelle européenne FINDER : qualité de vie de patients traités par antidépresseurs

Results of the French cohort of the European observational study FINDER: Quality of life of patients treated with antidepressants

N. Dantchev^{a,*}, S. Tcherny-Lessenot^b, H. Picard^b, L. Baraille^b, D. Quail^c

^a Unité de psychiatrie, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75181 Paris cedex 4, France

^b Unité neurosciences, département médical, département neurosciences, Lilly, 92158 Suresnes, France

^c Eli Lilly & Company Ltd., Erl Wood Manor, Windlesham, Surrey, Royaume-Uni

Reçu le 10 juin 2010 ; accepté le 7 mars 2012

MOTS CLÉS

Épisode dépressif ;
France ;
Qualité de vie ;
Soins ambulatoires ;
Antidépresseurs

KEYWORDS

Depressive disorder;
France;

Résumé L'étude observationnelle européenne Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) avait pour objectifs d'évaluer la qualité de vie, la dépression, l'anxiété et la douleur chez des patients traités par antidépresseurs. En France, 606 patients ont été inclus dans cette étude par des médecins généralistes et des psychiatres au moment de l'initiation d'un traitement antidépresseur pour un épisode dépressif et ont été suivis pendant six mois. Ces patients étaient âgés de 45,6 ($\pm 13,0$) ans, 69 % étaient des femmes, 39 % avaient eu un épisode précédent au cours des deux années passées, 51 % avaient des douleurs modérées à sévères (échelle visuelle analogique [EVA] supérieure à 30 mm). Au cours du suivi, les patients français ont amélioré leur qualité de vie (SF-36 score physique et psychique, EQ-5D EVA et index) et leurs symptômes d'anxiété et de dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]). L'intensité globale de la douleur (EVA) s'est améliorée chez les patients ayant une douleur modérée à sévère à l'inclusion.

© L'Encéphale, Paris, 2012.

Summary

Objectives. – To describe health-related quality of life (HRQoL), pain, clinical outcomes and treatment patterns in French patients with depression treated by general practitioners and psychiatrists.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.dantchev@htd.aphp.fr (N. Dantchev).

Quality of life;
Ambulatory care;
Antidepressants

Methods. – Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) is a European longitudinal observational, naturalistic, multicentre study to determine the HRQoL (SF-36 and EQ-5D) and to assess outcomes of depression and anxiety (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]), and pain (VAS) in a population of depressed patients initiating antidepressant treatment. Clinical diagnosis of depression was based on physician's clinical judgment. Physicians decided at their own discretion and clinical practice to initiate pharmacological treatment for depression. Adult patients with a first or new episode of depression were enrolled between May 2004 and September 2005, and followed up for 6 months. Across Europe, 437 physicians observed 3468 patients.

Results. – In France, 606 patients (approximately 17% of the whole sample) were enrolled by 57 psychiatrists and 46 general practitioners. These patients were (mean $\pm$ SD) 45.6 ± 13.0 years old, 69% female and 39% having had a previous depressive episode in the last 2 years. According to the patient-rated HADS score greater or equal to 11, most patients (75%) were classified as cases of depression as well as cases of anxiety (84%); 51% of patients rated their overall pain severity (based on VAS cut-off of 30 mm) as moderate/severe, with 65% of these patients reporting no medical explanation for their pain. The majority (81%) of the patients were prescribed selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI). During the 6-month follow-up, the majority of the patients (73%) remained on the same antidepressant at the same dose during the course of treatment. Between baseline and 6-month endpoint, French patients improved their mean scores (SD) on the SF-36 physical score by +3.5 (9.0) ($P < 0.001$) and mental score by +20.6 (14.2) ($P < 0.001$); on the EQ-5D Health State Index by +0.37 (0.32) ($P < 0.001$) and the EQ-5D VAS by +32.3 (25.0) ($P < 0.001$); on the HADS depression score by –8.1 (6.0) ($P < 0.001$) and HADS anxiety score by –6.9 (5.0) ($P < 0.001$). Patients with moderate/severe pain at baseline improved their overall pain on a mean VAS score by –34.1 (28.7) ($P < 0.001$).

Conclusions. – More than half of the French patients enrolled in the study experienced pain associated with depression. During follow-up, patients improved all of their outcome measurements (physical and mental SF-36 scores, depression and anxiety HADS scores, pain VAS, EQ-5D Health State Index and VAS) and most patients remained on the same antidepressant at the same dose.

© L'Encéphale, Paris, 2012.

Introduction

La dépression est une pathologie fréquente et invalidante. On considère qu'environ 5 % des Européens sont déprimés [1]. Actuellement, la dépression occupe la quatrième place parmi les principales causes d'invalidité à travers le monde et devrait passer d'ici 2020 à la seconde place parmi les pays industrialisés [2]. L'étude épidémiologique européenne sur les troubles psychiatriques (ESEMed) conduite en 2004 a rapporté une prévalence de la dépression vie-entière comprise entre 10 et 25 % chez les femmes et entre 5 et 12 % chez les hommes [3]. Cette étude a aussi mis en évidence des différences entre les pays européens et entre les patients suivis par des généralistes ou des psychiatres [3]. Outre la souffrance personnelle, la dépression représente un poids médicoéconomique considérable pour nos sociétés [1].

L'obtention d'une rémission est un objectif important, car elle réduit de deux tiers le risque de rechute [4,5]. Afin d'obtenir une rémission, les antidépresseurs sont largement utilisés dans le traitement des épisodes dépressifs [6]. Plusieurs facteurs tels que l'origine ethnique, le sexe, la sévérité ou la chronicité de la maladie influencent tous l'évolution à long terme de la dépression [7,8].

Il a été montré que la qualité de vie des patients dépressifs est altérée, comparativement à celle de la population générale ou des populations souffrant d'autres pathologies,

telles que le diabète, l'arthrose ou les troubles cardiovasculaires [9]. Les échelles de qualité de vie sont des outils intéressants pour évaluer la réponse au traitement puisqu'elles évaluent non seulement les symptômes physiques, psychiques ou sociaux mais aussi l'efficacité du traitement [10].

L'étude observationnelle européenne Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) a été conçue pour estimer la qualité de vie des patients dépressifs et pour améliorer la compréhension des facteurs qui influencent l'évolution de la qualité de vie chez des patients présentant un épisode dépressif et pris en charge par des médecins généralistes ou spécialistes. Les résultats que nous présentons dans cet article permettent de décrire la qualité de vie, la douleur, l'évolution clinique et les patterns de traitement des patients dépressifs français pris en charge par des généralistes et des psychiatres. Ces résultats permettent de mieux comprendre les spécificités françaises en termes de caractéristiques des patients et de prise en charge.

Méthodes

L'étude observationnelle FINDER [11,12], conduite dans 12 pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni,

Suède, Suisse), a permis d'évaluer sur une période de six mois l'évolution des patients en termes de qualité de vie, de symptômes de dépression, d'anxiété, de symptômes physiques et de douleur. Cette étude a été menée auprès de patients ambulatoires souffrant de dépression selon le jugement des cliniciens, qui décidaient dans le cadre de leur pratique courante d'initier un traitement antidépresseur.

Sélection des patients

En France, des médecins généralistes et des psychiatres ont été sélectionnés par tirage au sort à partir de bases de données CEGEDIM de médecins prescripteurs d'antidépresseurs. Les patients recrutés entre mai 2004 et septembre 2005 devaient répondre aux critères suivants :

- se présenter dans le cadre normal des soins pour une dépression diagnostiquée cliniquement par leur médecin ;
- nécessiter un traitement médicamenteux soit pour un premier épisode de dépression, soit pour un nouvel épisode.

Les patients sélectionnés devaient donner avant l'inclusion leur accord écrit pour le recueil et l'analyse des données les concernant. Les médecins participants devaient décider de prescrire un traitement antidépresseur selon leur pratique clinique usuelle. Tous les choix de traitements étaient à la discrétion des médecins selon leur pratique courante.

Recueil de données

Les données ont été recueillies par les médecins participant à l'inclusion, trois mois et six mois après le début du traitement antidépresseur, dans la mesure où le patient était vu en consultation durant ces intervalles suivant l'inclusion.

À l'inclusion, les médecins ont recueilli des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, sexe, statut marital, statut professionnel), les antécédents médicaux et psychiatriques du patient (nombre d'épisodes de dépression antérieurs), la durée de l'épisode actuel, les traitements antidépresseurs précédemment reçus et le traitement prescrit à l'inclusion (inhibiteur de la recapture de la sérotonine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, antidépresseur tricyclique, autre classe et associations).

À l'inclusion, à trois mois et à six mois, les patients ont été évalués cliniquement :

- la qualité de vie a été mesurée à l'aide de la version à 36 items de l'échelle SF-36, qui permet d'obtenir deux sous-scores : le score composite physique (SCP) et le score composite mental (SCM) [13]. De même, ont été utilisées l'échelle de qualité de vie EuroQol (l'index EQ-5D variant de -0,6 à 1) et l'échelle visuelle analogique (EVA) (cotée de 0 à 100, des scores plus élevés indiquant une meilleure qualité de vie) [14] ;
- la sévérité des symptômes de dépression et d'anxiété a été évaluée avec l'échelle auto-administrée Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ([15] ;
- la sévérité globale de la douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle EVA de 0 à 100 mm [16] et l'échelle Somatic

Symptoms Inventory à 28 items (SSI 28) a été utilisée pour évaluer les symptômes physiques.

Analyses statistiques

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées et les résultats ont été exprimés à l'aide de moyennes, écart-types et pourcentages.

Les caractéristiques des patients ont été décrites à l'inclusion selon la spécialité du médecin (généralistes, psychiatres).

Concernant les échelles cliniques, plusieurs catégories ont été définies :

- score EVA de douleur : EVA inférieure ou égale à 30 mm : pas de douleur/douleur minime ; EVA supérieure à 30 mm : douleur modérée à sévère ;
- score HADS de dépression : 0–7 : non-cas de dépression ; 8–10 : cas douteux de dépression ; supérieur ou égal à 11 : cas probable de dépression ;
- score HADS d'anxiété : 0–7 : non-cas d'anxiété ; 8–10 : cas douteux d'anxiété ; supérieur ou égal à 11 : cas probable d'anxiété.

Concernant les changements de traitement antidépresseur au cours du temps, les catégories suivantes ont été décrites : pas de changement, diminution de dose, augmentation de dose, arrêt de traitement, changement pour un antidépresseur de la même classe, changement pour un antidépresseur d'une autre classe.

Comme les patients des sous-groupes inclus par des médecins généralistes et des psychiatres étaient très hétérogènes en termes de caractéristiques sociodémographiques et cliniques, aucune comparaison statistique directe n'a été réalisée entre les sous-groupes. Toutefois, des différences entre les groupes ont été prises en considération quand le résultat moyen du groupe était plus d'un écart-type (de la moyenne du groupe) au-dessus ou en dessous de la moyenne de la population totale. Par exemple, pour l'âge, les moyennes pour les patients inclus par les généralistes et les psychiatres étaient de 48,2 et 43,4 ans, respectivement, l'écart-type de ces deux nombres était de 3,4 et la moyenne d'âge pour la population totale était de 45,6 ans. Les moyennes des sous-groupes psychiatres et médecins généralistes sont comprises dans l'intervalle de 3,4 autour de la moyenne globale, alors nous avons conclu à l'absence de différence pertinente.

Pour évaluer les variations entre l'inclusion et l'évaluation à six mois pour les scores HADS, le score EVA et les scores de qualité de vie, les variations moyennes et leurs écart-types ont été décrits à trois et six mois. Les tests *t* appariés ont été réalisés pour comparer l'évolution à six mois par rapport à l'inclusion (les résultats sont exprimés par les *t*-scores et les valeurs de *p*).

Résultats

Cette analyse concerne un total de 606 patients français sur les 3468 de la cohorte européenne. Les patients ont été recrutés par 103 médecins (46 médecins généralistes et 57 psychiatres) entre mai 2004 et septembre 2005.

Respectivement, 569 patients (93,9 %) ont été réévalués à la visite à trois mois et 545 patients (89,9 %) à six mois.

Caractéristiques des patients à l'inclusion

Les patients ont été inclus par des médecins généralistes dans 44,4 % des cas et par des psychiatres dans 55,6 % des cas. Le **Tableau 1** décrit les caractéristiques des patients selon la spécialité du médecin comparativement pour la cohorte française et la cohorte européenne. Les patients français étaient âgés de 45,6 (13,0) ans ; 69,4 % étaient des femmes ; 39,3 % avaient présenté un épisode dépressif au cours des deux années précédentes et 51,5 % avaient un niveau de douleurs modéré à sévère et, pour 65 % d'entre eux, aucune cause organique n'était rapportée à ces douleurs. À l'inclusion, la prescription a concerné pour 81,5 % des patients un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, pour 11,4 % un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, pour 5,3 % un antidépresseur tricyclique et pour 1,8 % une autre classe d'antidépresseur ou une association d'antidépresseurs (**Tableau 1**). Selon la règle retenue pour les analyses statistiques, les caractéristiques à l'inclusion des patients français étaient relativement comparables, quelle que soit la spécialité des médecins participants et étaient comparables à celles de la cohorte européenne.

Le **Tableau 2** décrit la répartition à l'inclusion des « cas probables », « cas douteux » ou « non-cas » de dépression et d'anxiété, définis à partir des scores à l'échelle auto-administrée HADS. La majorité des patients étaient considérés comme des cas probables de dépression (74,8 %), d'anxiété (84,3 %) et cela quelle que soit la spécialité du prescripteur. De plus, 68,3 % des patients français ont été considérés comme des « cas probables » à la fois d'anxiété et de dépression. Selon la règle retenue pour les analyses statistiques, la cohorte française ne différait pas de la cohorte européenne.

Évolution de la qualité de vie, de la douleur et évolution clinique au cours du temps

Les scores moyens de dépression et d'anxiété ont diminué de près de la moitié dans les six mois qui ont suivi l'initiation du traitement, par rapport aux scores à l'inclusion. Ainsi, la variation moyenne du score HADS-Dépression était égale à -8,1 (écart-type 6,0) et la variation du score HADS-Anxiété à -6,9 (écart-type 5,0) (**Tableau 3**). La sévérité globale de la douleur des patients ayant des douleurs modérées à sévères à l'inclusion a diminué au cours des six mois suivant l'initiation du traitement, la variation moyenne de l'EVA était égale à -34,1 mm (écart-type 28,7) (**Tableau 3**). Pour la qualité de vie, les patients ont eu entre l'inclusion et l'évaluation faite à six mois (**Tableau 3**), une amélioration marquée du score moyen de +32,3 (écart-type 25,0) pour l'EVA de l'EQ-5D, de +0,37 (écart-type 0,32) pour l'index EQ-5D et de +20,6 (écart-type 14,2) pour la composante mentale de la SF-36. Pour la composante physique de la SF-36, l'augmentation observée était très limitée, de +3,5 (écart-type 9,0) (**Tableau 3**). Pour tous les paramètres d'évolution clinique, la plus grande partie de l'amélioration a été observée dans les trois premiers

mois, avec une amélioration supplémentaire plus modérée entre le troisième et le sixième mois.

Patterns de traitement au cours du temps

Les patterns de traitement ont été évalués au cours de chaque intervalle de trois mois pour les patients suivis et ont été comparés au traitement reçu à l'inclusion (**Fig. 1**). La majorité des patients (73,1 %) n'a pas modifié son traitement au cours du temps (c'est-à-dire qu'ils ont gardé le même traitement à la même dose). Bien que certains patients aient eu une modification de traitement, celle-ci a consisté uniquement en une augmentation de dose pour 5,9 % ou une diminution de dose pour 4,8 %. On note que 3,9 % des patients ont changé pour un antidépresseur de la même classe et 4,2 % pour un antidépresseur d'une autre classe.

Discussion

Les résultats de cette étude observationnelle montrent une amélioration en termes de qualité de vie et d'évolution clinique dans une cohorte de patients dépressifs français suivis par des médecins généralistes ou des psychiatres après l'initiation d'un traitement antidépresseur. Cette étude décrit aussi les classes d'antidépresseurs prescrites et les patterns de traitement au cours d'une période de suivi de six mois. À la différence des autres études observationnelles où les médecins participants étaient des psychiatres [3,16–19], une particularité importante de l'étude FINDER est d'avoir inclus des patients suivis par des médecins généralistes ou des psychiatres. Dans la cohorte française, les médecins participants ont été sélectionnés par tirage au sort afin d'obtenir un échantillon représentatif de patients dépressifs traités par antidépresseurs. Ainsi, même si la forte proportion de psychiatres conduit à une surreprésentation de cette spécialité [20], l'étude FINDER tend à rendre compte de la pratique clinique réelle.

La qualité de vie, la douleur et les symptômes cliniques des patients se sont améliorés de façon cliniquement et statistiquement significative au cours de l'étude, avec une plus grande amélioration au cours des trois premiers mois suivant l'initiation du traitement. L'altération de la qualité de vie et son amélioration après l'initiation d'un traitement antidépresseur ont également été retrouvées dans l'analyse européenne de l'étude FINDER [21] et une étude longitudinale suédoise [22] et sont en accord avec d'autres études cliniques [23,24]. La plus faible amélioration a été observée avec la composante physique de la SF-36, à cause d'un effet plafond car la valeur de cette composante était très proche des valeurs normales à l'inclusion, cette composante étant peu affectée dans une population psychiatrique. La question de la pertinence de l'utilisation des échelles de qualité de vie génériques et de possibles chevauchements entre les symptômes dépressifs et la qualité de vie doit être explorée [25].

Cette étude confirme qu'en France, comme en Europe, la majorité des patients est traitée par des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et ce, quelle que soit la spécialité des médecins [26–28]. Les psychiatres ont tendance à prescrire de nouveaux antidépresseurs et à modifier

Tableau 1 Caractéristiques des patients à l'inclusion.

	Médecins généralistes n = 269	Psychiatres n = 337	Total France n = 606	Total Europe n = 3468
Âge moyen en années (écart-type)	48,2 (13,5)	43,4 (12,3)	45,6 (13,0)	46,8 (14,7)
Sexe (% de femmes)	71,6	67,7	69,4	68,2
Emploi rémunéré (%)	59,5	68,0	64,2	50,1
Ancienneté moyenne de la dépression en années (écart-type)	10,6 (10,4)	8,2 (10,0)	9,2 (10,2)	8,5 (10,4)
Patients (%) ayant eu un épisode dépressif au cours des 2 années précédentes	44,0	35,6	39,3	45,1
Durée moyenne de l'épisode dépressif précédant l'épisode index en semaines (écart-type) ^a	14,7 (11,5)	17,2 (13,3)	15,9 (12,5)	17,1 (14,5)
Durée moyenne de l'épisode index en semaines (écart-type)	7,8 (10,5)	11,1 (12,8)	9,7 (11,9)	13,6 (16,5)
Intervalle moyen entre la rémission de l'épisode précédant et le début de l'épisode index en semaines (écart-type) ^a	21,8 (19,2)	34,6 (23,2)	27,9 (22,1)	24,8 (20,1)
Patients (%) ayant des douleurs modérées à sévères à l'inclusion	63,6	41,6	51,5	56,3
Traitements antidépresseurs prescrits à l'inclusion (%)				
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	83,6	79,8	81,5	63,3
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	9,3	13,1	11,4	13,6
Antidépresseurs tricycliques	4,8	5,6	5,3	9,2
Autres	0,7	0,9	0,8	9,3
Associations	1,5	0,6	1,0	4,6

Les valeurs n dans le tableau représentent les effectifs maximums et il y a peu de valeurs manquantes pour certaines variables.

^a S'applique seulement aux patients ayant eu un épisode précédent (n = 238).

leurs prescriptions au cours du temps plus souvent que les médecins généralistes [7,29]. Cela peut être expliqué par un flux naturel qui tend à conduire les patients non répondeurs et traités le plus souvent par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine du généraliste vers le psychiatre qui va modifier le traitement [6,30]. Une étude anglaise [31] et l'analyse de la cohorte européenne de l'étude FINDER

[32] ont montré que les caractéristiques sociodémographiques des patients et des médecins (par exemple : âge, sexe) influencent les décisions thérapeutiques. En particulier, Bauer et al. [32] ont rapporté que les médecins les plus jeunes prescrivent plus souvent des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, cela allant à l'encontre de la notion que les médecins les plus âgés prescrivent les

Tableau 2 Classification des patients selon les scores Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de dépression et d'anxiété en fonction de la spécialité du prescripteur.

	Médecins généralistes		Psychiatres		Total France		Total Europe	
	Anxiété n = 266	Dépression n = 262	Anxiété n = 331	Dépression n = 330	Anxiété n = 597	Dépression n = 592	Anxiété n = 3392	Dépression n = 3387
Cas probable ^a (%)	83,5	74,8	84,9	74,8	84,3	74,8	74,1	66,3
Cas douteux ^a (%)	11,3	13,0	12,4	13,6	11,9	13,3	16,6	18,5
Non-cas ^a (%)	5,3	12,2	2,7	11,5	3,9	11,8	9,3	15,2

^a L'échelle HADS a été utilisée comme un outil de dépistage du diagnostic de dépression et d'anxiété : 0–7 : non-cas ; 8–10 : cas douteux ; supérieur ou égal à 11 : cas probable.

Tableau 3 Évolution de la sévérité des symptômes de dépression et d'anxiété, de la douleur et de la qualité de vie au cours du temps.

	Europe	France			6 mois vs inclusion	
	Inclusion Moyenne (écart-type)	Inclusion Moyenne (écart-type)	Variation moyenne à 3 mois (écart-type)	Variation moyenne à 6 mois (écart-type)	t	p
<i>HADS</i>						
Dépression	(n = 3387) 12,3 (4,5)	(n = 592) 13,5 (4,6)	(n = 550) −6,2 (5,8)	(n = 528) −8,1 (6,0)	−31,19	< 0,001
Anxiété	(n = 3392) 13,0 (4,0)	(n = 597) 14,1 (3,5)	(n = 555) −4,9 (4,8)	(n = 535) −6,9 (5,0)	−31,42	< 0,001
<i>EVA de douleur globale</i>						
Pas de douleur/douleur modérée à l'inclusion ^a	(n = 1447) 11,6 (10,4)	(n = 283) 10,6 (10,2)	(n = 267) +2,0 (19,1)	(n = 256) −0,9 (16,1)	−0,86	0,388
Douleur modérée à sévère à l'inclusion ^a	(n = 1861) 61,4 (17,5)	(n = 300) 62,1 (17,0)	(n = 277) −26,7 (25,8)	(n = 270) −34,1 (28,7)	−19,53	< 0,001
<i>Qualité de vie</i>						
EQ-5D EVA	(n = 3416) 44,8 (20,4)	(n = 602) 39,9 (20,0)	(n = 566) +22,6 (24,0)	(n = 542) +32,3 (25,0)	30,14	< 0,001
Index EQ-5D	(n = 3412) 0,44 (0,31)	(n = 597) 0,38 (0,28)	(n = 555) +0,30 (0,33)	(n = 537) +0,37 (0,32)	26,51	< 0,001
SF-36 composante physique	(n = 3412) 46,1 (10,3)	(n = 601) 46,8 (10,4)	(n = 564) +2,2 (8,1)	(n = 541) +3,5 (9,0)	8,92	< 0,001
SF-36 composante mentale	(n = 3412) 22,2 (10,0)	(n = 601) 20,2 (8,6)	(n = 564) +15,3 (13,9)	(n = 541) +20,6 (14,2)	33,64	< 0,001

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale.

^a Les catégories de douleur ont été définies à partir de l'échelle visuelle analogique (EVA) de sévérité de la douleur globale, avec « pas de douleur/douleur minimale » pour les valeurs inférieures ou égales à 30 mm et « douleur modérée à sévère » pour les valeurs supérieures à 30 mm.

médicaments qui ont été mis à disposition depuis plus longtemps. Les médecins de sexe féminin avaient davantage tendance que leurs homologues masculins à prescrire des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et en Allemagne, prescrivaient moins souvent des antidépresseurs tricycliques. Enfin, de façon peut-être surprenante, dans cette analyse de la cohorte européenne, la

spécialité du médecin n'était pas significativement associée au choix de l'antidépresseur. En Europe, différents systèmes de soins et l'application des recommandations thérapeutiques influencent en effet les pratiques des médecins et ce qu'elle que soit leur spécialité.

À l'entrée dans l'étude, plus de la moitié des patients avaient des douleurs modérées à sévères au moment

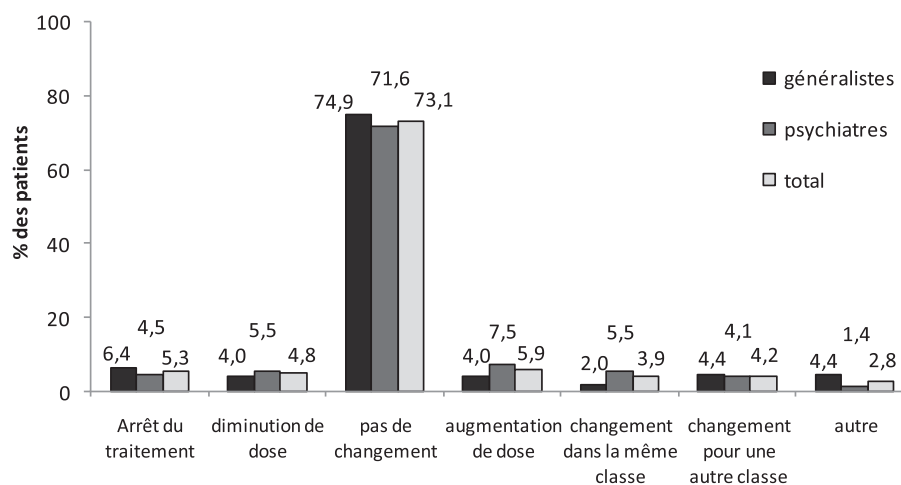


Figure 1 Évolution du traitement antidépresseur au cours du temps (entre deux périodes de traitement de trois mois).

de débiter le traitement antidépresseur. Ce résultat est concordant avec les données épidémiologiques sur la comorbidité entre dépression et douleur [33,34]. Il est intéressant de noter que chez les médecins généralistes, le taux moyen de patients avec douleur modérée à sévère à l'inclusion est égal à 63,6%, alors qu'il est égal à 41,6% parmi les psychiatres, ce qui pourrait correspondre à des motifs différents de consultation chez un généraliste et chez un psychiatre. Cependant, comme les symptômes douloureux sont souvent des symptômes résiduels [35], le fait qu'il y ait moins de patients dépressifs avec douleur modérée/sévère chez les psychiatres contraste avec la notion selon laquelle les patients consultant un psychiatre seraient plus sévères que ceux consultant un médecin généraliste. Des études précédentes incluant l'analyse européenne de l'étude FINDER ont exploré l'impact négatif des symptômes somatiques et douloureux sur la qualité de vie des patients dépressifs et leur possible implication sur l'évolution de la dépression [19,21,36]. Une explication du fait qu'il y ait moins de patients algiques parmi les psychiatres, pourrait être qu'en France il est possible pour les patients d'accéder à une consultation avec un spécialiste sans être contraint de consulter un généraliste. Ainsi, le taux de patients ayant eu un premier épisode parmi les patients inclus par des psychiatres est plus faible que parmi les patients inclus par un généraliste. Cette donnée suggère aussi qu'une part importante de patients ne consulteraient pas un psychiatre même pour leur second épisode de dépression.

Plusieurs limites doivent être prises en considération pour l'interprétation des résultats de l'étude FINDER, pour la cohorte française, comme pour la cohorte européenne. Les patients inclus dans l'étude n'ont pas été évalués à l'aide d'une échelle validée de dépression et les inclusions étaient seulement basées sur le jugement clinique du médecin. Cependant, le fait que la majorité (91%) des patients ait été classés comme des « cas probables » de dépression ou d'anxiété et que la plupart des patients (73%) aient gardé le même antidépresseur à la même dose pendant six mois et ce quelle que soit la spécialité du médecin suggère fortement que ces patients étaient des cas réels de dépression ou d'anxiété. L'évolution clinique des patients était seulement mesurée par le score de l'échelle HADS complétée par le patient. Bien que l'échelle HADS soit très sensible pour mesurer l'évolution de la maladie et la réponse au traitement du patient [37], il n'y a pas eu d'évaluation systématique de la symptomatologie par le médecin. Compte tenu de la fréquence élevée d'arrêts des traitements antidépresseurs dans les trois premiers mois de traitement en pratique courante [38], les taux importants, observés dans l'étude FINDER, de patients suivis dans l'étude à six mois et ayant poursuivi leur traitement jusqu'à son terme, peuvent suggérer un biais de sélection en faveur des patients plus propices à suivre les recommandations médicales [39].

En conclusion, nos résultats montrent que, de même que pour la cohorte européenne, les patients dépressifs de la cohorte française ont amélioré leur qualité de vie, leur symptomatologie dépressive et anxieuse et les symptômes physiques douloureux sur une période de six mois suivant l'initiation du traitement. Cette amélioration a été surtout observée au cours des trois premiers mois. La majorité des

patients ont été traités par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine sans changements de produits ni de doses. Plus de la moitié des patients de cette étude avaient des douleurs modérées à sévères associées à la dépression, ce qui renforce l'idée de l'importance de la composante douloureuse dans le cours de cette maladie.

Déclaration d'intérêts

L'étude FINDER a été financée par le laboratoire Eli Lilly & Company. Le Dr Dantchev a été consultant dans le comité scientifique européen de l'étude FINDER. H. Picard, L. Baraille et D. Quail sont employés par Eli Lilly & Company.

S. Tcherny-Lessenot était employée par Eli Lilly & Company au moment de l'étude et pendant la réalisation de l'article.

Remerciements

Les auteurs remercient les 103 psychiatres et médecins généralistes participants, ainsi que leurs patients.

Références

- [1] Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:411–23.
- [2] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498–504.
- [3] ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(S420):28–37.
- [4] Bagby RM, Ryder AG, Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *Rev Psychiatr Neurosci* 2002;27:250–7.
- [5] Bauer M, Whybrow PC, Angst J, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* 2002;3:5–43.
- [6] Ballanger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on the primary care management of depression and from the International consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999;60(S7):54–61.
- [7] Simon GE, Von Korff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105.
- [8] Simon GE. Long-term prognosis of depression in primary care. *Bull World Health Organ* 2000;78:439–45.
- [9] Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed primary care practices. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:897–904.
- [10] Demyttenaere K, de Fruyt F, Hyugens R. Measuring quality of life in depression. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:89–92.
- [11] Garcia-Cebrian A, Bauer M, Angel L, et al. Factors influencing depression endpoints research (FINDER): study design and population characteristics. *Eur Psychiatry* 2008;23:57–65.
- [12] Grassi L, Rossi A, Barraco A. Factors influencing depression endpoints research (FINDER): baseline results of Italian patients with depression. *Ann Gen Psychiatry* 2009;8:14.

- [13] Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute; 1993.
- [14] Brooks R, EuroQol group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37:53–72.
- [15] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:631–70.
- [16] Bijur PE, Silver W, Gallagher J. Reliability of the visual analogue scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med* 2001;8:1153–7.
- [17] Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308–16.
- [18] Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: the first Pan European study DEPRES (depression research in European society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19–29.
- [19] Tylee A, Gastpar M, Lépine JP, et al. DEPRES II (depression research in European society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14:139–51.
- [20] Tardieu S, Bottero A, Blin P. Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC Fam Pract* 2006;7:5.
- [21] Reed C, Monz B, Perahia D, et al. Quality of life outcomes among patients with depression after 6 months of starting treatment: results from FINDER. *J Affect Disord* 2009;113:296–302.
- [22] Sobocki P, Ekman M, Agren H, et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health* 2007;10:153–60.
- [23] Kroenke K, West SL, Swindle R, et al. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine and sertraline in primary care. A randomized trial. *JAMA* 2001;286:2947–55.
- [24] Peveler R, Kendrick T, Buxton M, et al. A randomized controlled trial to compare the cost-effectiveness of tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors and lofepramine. *Health Technol Assess* 2005;9:1–134.
- [25] Da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, et al. Is there a measurement overlap between depressive symptoms and quality of life? *Compr Psychiatry* 2009;50:549–55.
- [26] Guaiana G, Andretta M, Corbari L, et al. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. *J Clin Psychiatry* 2005;66:750–5.
- [27] Lawrenson RA, Tyrer F, Newson RB, et al. The treatment of depression in UK general practice: selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants compared. *J Affect Disord* 2000;59:149–57.
- [28] Olie JP, Elomari F, Spadone C, et al. Antidepressant consumption in the global population in France. *Encéphale* 2002;28:411–7.
- [29] Anderson IM, Tomenson BM. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *BMJ* 1995;310:1433–8.
- [30] Simon GE, Von Korff M, Rutter CM, et al. Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:395–401.
- [31] Sclar DA, Robinson LM, Skaer TL, et al. What factors influence the prescribing of antidepressant pharmacotherapy? An assessment of national office-based encounters. *Int J Psychiatry Med* 1998;28:407–19.
- [32] Bauer M, Monz B, Montejo AL, et al. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors influencing depression endpoints research (FINDER) study. *Eur Psychiatry* 2008;23:66–73.
- [33] Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433–45.
- [34] Pelissolo A. Depression and pain: prevalence and clinical implication. *Presse Med* 2009;38:385–91.
- [35] Greco T, Eckert G, Kroenke K. The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *J Gen Intern Med* 2004;19:813–8.
- [36] García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, et al. Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10:355–62.
- [37] Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42:17–41.
- [38] Herique A, Kahn JP. Guidelines and reality in practical use of and compliance to antidepressants in the treatment of depression: incidence survey in Lorraine and Champagne-Ardenne (France). *Encéphale* 2009;35:73–9.
- [39] Gilchrist G, Gunn J. Observational studies in primary care: what do we know? *BMC Fam Pract* 2007;8:28.