

ANTIDEPRESSEURS : EVOLUTION DE LA PRESCRIPTION

Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman et Leila Maron



ETUDE

Antidépresseurs : évolution de la prescription

Direction Études

Table des matières

Introduction	6
1. Définitions	7
1.1. Episode de traitement.....	7
1.2. Observance : durée de l'épisode de traitement et adhérence au traitement.....	7
1.2.1. Durée de l'épisode de traitement	7
1.2.2. Adhérence au traitement	7
2. Méthodologie et données.....	9
3. Analyse des épisodes de traitement par antidépresseurs.....	10
3.1. Analyse transversale : évolution des volumes des antidépresseurs par année	10
3.2. Analyse longitudinale : évolution des nouveaux traitements initiés entre 2004 et 2008.....	12
3.2.1. Prise unique.....	12
3.2.2. Durée de l'épisode de traitement	12
3.2.3. Adhérence au traitement	14
Conclusions et recommandations	15

Table des figures

Figure 1 : Courbe de survie des nouveaux traitements par cohorte (2004, 2006 et 2008)	13
---	----

Table des tableaux

Tableau 1 : Calcul de l'adhérence moyenne et l'adhérence globale.....	8
Tableau 2 : Evolution des volumes des antidépresseurs entre 2002 et 2010.....	11
Tableau 3 : Nouveaux traitements et prises uniques entre 2004 et 2008	12
Tableau 4 : Evolution de la durée de l'épisode de traitement entre 2004 et 2008	13
Tableau 5 : Indicateurs d'adhérence des nouveaux traitements entre 2004 et 2008	14

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement pour ses conseils avisés

Nadine Reginster

et pour l'assistance technique

Vinciane Devrou

INTRODUCTION

La consommation des antidépresseurs défraie régulièrement la chronique. Dans notre pays, plus d'une personne sur 10 de plus de 18 ans a consommé au moins un antidépresseur en 2010¹. Le coût de ces antidépresseurs pour l'assurance maladie obligatoire s'élève à quelque 184 millions €, soit 6,4% de l'ensemble des médicaments remboursés en ambulatoire². De 2002 à 2010, l'augmentation annuelle moyenne en volume a été de 6,2%.

La Belgique n'est pas le seul pays concerné par cette croissance continue du volume prescrit d'antidépresseurs. Une étude réalisée par l'Université de Warwick et l'IZA Institute – sur base de l'enquête Eurobaromètre février-mars menée auprès de 27.000 personnes dans 27 pays – montre qu'en moyenne, en 2010, une personne sur 10 a pris des antidépresseurs en Europe³.

Cet usage élevé d'antidépresseurs, et d'une manière générale des psychotropes, inquiète. Dans sa note de politique générale, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, a d'ailleurs proposé la mise en place d'une plateforme scientifique chargée de réaliser une réglementation pour les prescriptions et des campagnes sur la consommation problématique de ces médicaments.

Malgré la forte consommation d'antidépresseurs, on observe parallèlement qu'une grande partie des personnes souffrant de dépression n'est pas prise en charge. Dans ce domaine, on évoque dès lors davantage un phénomène de dysprescription plutôt que de surprescription.

En 2006, la Mutualité Socialiste – Solidaris avait réalisé une étude approfondie de la prescription des antidépresseurs⁴. En particulier, l'étude suivait pendant trois ans une cohorte de patients ayant débuté un traitement par antidépresseurs. L'analyse débouchait sur des résultats mitigés. D'une part, ils montraient que 60% de ces patients avaient arrêté leur traitement avant trois mois et que 49% s'étaient vus prescrire une seule boîte (environ un mois de traitement), soit des durées de traitement insuffisantes pour soigner un épisode de dépression majeure. D'autre part, en excluant ces prescriptions uniques, la durée médiane du traitement atteignait 240 jours⁵, ce qui correspond aux recommandations pour le traitement d'un épisode aigu de dépression. Enfin, les résultats montraient une bonne observance du traitement.

Cette étude actualise et approfondit l'analyse menée en 2006. Elle vise à répondre à deux questions :

1. Quels sont les principaux facteurs qui expliquent l'évolution de la consommation d'antidépresseurs ces dernières années ?
2. Comment a évolué la durée du traitement et l'adhérence à celui-ci au cours de la période ?

Pour y répondre, on réalise, dans un premier temps, une analyse transversale de l'évolution du coût et des volumes des antidépresseurs entre 2002 et 2010. Dans un second temps, on réalise une analyse longitudinale afin d'étudier l'évolution des nouveaux traitements et de l'observance entre 2004 et 2008. Dans cette analyse, l'observance du traitement est décomposée en ses deux dimensions : la durée du traitement et l'adhérence au traitement.

¹ La proportion de nos affiliés de plus de 18 ans s'étant vus prescrire au moins une boîte d'antidépresseurs est de 14,2%.

² Chiffres calculés sur base des données de l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) relatives aux Tableaux de bord pharmaceutiques concernant la prescription des généralistes, spécialistes et dentistes : Drug Utilisation 90% (soit qui concerne 90% de la consommation).

³ Blanchflower et Oswald, 2001, « Antidepressants and age », University of Warwick et IZA Institut (Bonn), Juin 2011, p. 1-29.

⁴ Boutsen, Laasman et Reginster, 2006, « Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, Mai 2006, p. 35.

⁵ La durée médiane était calculée sur base du 1^{er} épisode de traitement sans interruption de plus de 6 mois.

1. DEFINITIONS

1.1. Episode de traitement

Un épisode de traitement est défini comme étant une période de prescription d'antidépresseurs sans interruption de plus de 30 jours.

La reprise d'un traitement par antidépresseurs après une interruption d'au moins 30 jours est donc considérée comme un nouvel épisode de traitement. Par conséquent, sur la période étudiée, un patient peut présenter plusieurs épisodes de traitement.

1.2. Observance : durée de l'épisode de traitement et adhérence au traitement

L'observance du traitement mesure si un patient respecte les prescriptions et les posologies lors d'un traitement. Elle est mesurée par la durée de l'épisode de traitement et par l'adhérence au traitement.

1.2.1. Durée de l'épisode de traitement

La durée de l'épisode de traitement est définie comme le nombre de jours séparant la première et la dernière délivrance, auquel est ajouté le nombre de journées de traitement (DDD⁶) délivrées lors de cette dernière délivrance. La dernière délivrance correspond à l'arrêt de l'épisode du traitement, défini par une période sans traitement de plus de 30 jours.

1.2.2. Adhérence au traitement

L'adhérence – mesurée par le « Medication Possession Ratio modified (MPRm) »⁷ – indique la quantité de traitement délivrée par rapport à la quantité de traitement attendue. Elle peut être mesurée de deux manières :

- L'adhérence moyenne (MPRm moyen) : l'adhérence est calculée pour chaque patient comme étant le nombre de DDD délivrées divisé par la durée du traitement. On obtient ainsi un MPRm par patient et on calcule ensuite la moyenne sur base de l'effectif total des patients (voir l'exemple repris au Tableau 1). Ce ratio correspond à la moyenne des adhérences individuelles et on accorde ici le même poids à chaque patient, quel que soit la durée de son épisode de traitement. On ne distingue donc pas les traitements longs et les traitements courts ;
- L'adhérence globale (MPRm global) : l'adhérence, ici, est calculée comme étant le nombre total de DDD délivrées divisé par la durée totale du traitement, soit cumulés pour tous les patients (voir l'exemple repris au Tableau 1). Cela correspond ainsi à l'adhérence pour l'ensemble des patients et cette adhérence est calculée en pondérant pour la durée de l'épisode de traitement.

⁶ La DDD (Defined Daily Dose) est une unité de mesure définie par l'Organisation Mondiale de la Santé et recommandée dans le cadre d'études sur l'utilisation de médicaments. La DDD est la dose quotidienne de traitement d'un médicament dans son indication principale pour un adulte.

⁷ Hess, Raebel, Conner et Malone, 2006, « Measurement of adherence in pharmacy administrative databases : a proposal for standard definitions and preferred measures », *The Annals of Pharmacotherapy*, Juillet - Août, 40 (7-8), p. 1280-88.

Tableau 1 : Calcul de l'adhérence moyenne et l'adhérence globale

Patient	Nb de DDD délivrées	Durée du traitement	MPRm
<i>Patient₁</i>	<i>DDD₁</i>	<i>X₁</i>	<i>DDD₁/X₁</i>
<i>Patient₂</i>	<i>DDD₂</i>	<i>X₂</i>	<i>DDD₂/X₂</i>
<i>Patient₃</i>	<i>DDD₃</i>	<i>X₃</i>	<i>DDD₃/X₃</i>
$MPRm \text{ moyen} = \frac{(DDD_1/X_1 + DDD_2/X_2 + DDD_3/X_3)}{3}$			
$MPRm \text{ global} = \frac{(DDD_1 + DDD_2 + DDD_3)}{(X_1 + X_2 + X_3)}$			

Le seuil généralement accepté dans la littérature pour apprécier le niveau d'adhérence est le seuil de 80%. Il consiste ainsi à calculer la proportion de patients pour lesquels l'adhérence est supérieure à 80%.

2. METHODOLOGIE ET DONNEES

Les traitements par antidépresseurs ont été analysés sur base des données Pharmanet qui reprend la délivrance des médicaments remboursés en milieu ambulatoire. Les antidépresseurs y sont classés en trois grands groupes en fonction de leur structure et de leur mécanisme d'action⁸. Nous analysons ici les antidépresseurs repris sous la classe ATC NO6A.

Si les informations dont disposent les organismes assureurs ne cernent pas le diagnostic, elles présentent l'avantage d'être exhaustives et d'offrir une meilleure précision statistique que les enquêtes de consommation de médicaments. Ces données étant disponibles sur une longue période, elles permettent de suivre la consommation de soins sur plusieurs années et par conséquent d'étudier la durée, les nouveaux traitements ainsi que l'observance des traitements. La durée et l'adhérence ne sont calculées que pour les patients qui ont pris plus d'une boîte.

Aucun de ces patients n'avait pris d'antidépresseur l'année précédant leur épisode de traitement : ce sont donc de nouveaux traitements ou des reprises de traitement avec une interruption d'au moins un an. Les données retenues ne concernent ainsi que le 1^{er} épisode de traitement (la part des DDD délivrées lors du 1^{er} traitement représente 61,83% de l'ensemble des épisodes de traitements).

Cependant, il a été montré que l'analyse des durées et des proportions de prescriptions uniques pour les 2^{ème} et 3^{ème} épisodes de traitement donnait des résultats comparables à ceux observés lors du 1^{er} épisode de traitement⁹.

Nous analysons ici les traitements initiés en 2004, 2006 et 2008 et nous suivons la consommation d'antidépresseurs de ces différentes cohortes pendant 3 ans. En 2008, 351.159 affiliés de la Mutualité Socialiste – Solidaris étaient sous traitement par antidépresseurs, soit 11,6% de nos affiliés, dont 117.826 traitements initiés¹⁰.

⁸ Classification du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Pour plus d'information, voir Boutsen, Laasman et Reginster, 2006, « Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, Mai 2006, p. 35.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ L'échantillon reprend toute la population, y compris les personnes âgées de moins de 18 ans mais cela représente peu de traitements.

3. ANALYSE DES EPISODES DE TRAITEMENT PAR ANTIDEPRESSEURS

3.1. Analyse transversale : évolution des volumes des antidépresseurs par année

L'analyse de la délivrance annuelle des antidépresseurs montre que le nombre de DDD délivrées a augmenté de plus de la moitié entre 2002 et 2010 (+57,6%) (Tableau 2).

Cette augmentation pose régulièrement question : s'agit-il d'une augmentation du nombre de patients liée à une épidémie de dépressions ou parce que l'on traite trop rapidement des dépressions légères alors que l'efficacité des antidépresseurs est peu évidente ?

Les chiffres indiquent que le nombre de patients a augmenté de 10,7% entre 2002 et 2010. Cela s'explique par la croissance du nombre d'affiliés observée (+10,2%) de telle sorte que le pourcentage d'affiliés sous traitement est resté stable sur la période analysée (+0,5%).

L'augmentation du nombre de DDD délivrées s'explique ainsi davantage par une augmentation des quantités délivrées par patient (+42,3%) sur la période plutôt qu'une augmentation du nombre de patients sous traitement. En effet, les trois quarts de l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs observée entre 2002 et 2010 s'expliquent par une augmentation de la quantité moyenne prescrite par patient.

Tableau 2 : Evolution des volumes des antidépresseurs entre 2002 et 2010

	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2002-2010
Nb DDD délivrées	51.922.590	59.339.818	65.411.364	69.638.406	75.518.859	78.704.102	81.833.560	57,6%
Nb DDD délivrées par patient	162	178	200	206	215	225	231	42,3%
Nb patients	319.987	333.219	326.898	338.706	351.159	349.939	354.317	10,7%
Nb affiliés	2.851.289	2.910.864	2.981.253	3.012.216	3.035.121	3.110.561	3.141.306	10,2%
% Patients	11,2%	11,4%	11,0%	11,2%	11,6%	11,3%	11,3%	0,5%

Source : UNMS

3.2. Analyse longitudinale : évolution des nouveaux traitements initiés entre 2004 et 2008

Afin d'analyser l'évolution des traitements, nous suivons trois cohortes de patients ayant un nouveau traitement (2004, 2006 et 2008). Pour rappel, nous analysons l'observance du traitement selon deux dimensions – la durée du traitement et l'adhérence au traitement – qui sont calculées pour les patients qui ont pris plus d'une boîte.

3.2.1. Prise unique

Le nombre d'affiliés qui commencent un nouveau traitement par antidépresseurs est globalement stable entre 2004 et 2008 (Tableau 3). Le nombre de nouveaux traitements est passé de 121.737 en 2004 à 117.826 en 2008.

La proportion de nouveaux traitements se limitant à une boîte n'a pas progressé sur la période et s'élève à 56% en 2008. Plus d'un patient sur deux se contente ainsi d'une prise unique, soit généralement un mois de traitement¹¹, ce qui est tout à fait insuffisant pour traiter un épisode aigu de dépression. La proportion de délivrance unique est un problème connu que nous avons déjà mis en évidence en 2006¹².

Tableau 3 : Nouveaux traitements et prises uniques entre 2004 et 2008

	2004	2006	2008
Nb nouveaux traitements	121.737	108.156	117.826
% Prises uniques	55,0%	55,8%	56,0%

Source : UNMS

3.2.2. Durée de l'épisode de traitement

Nous analysons ici la durée du 1^{er} épisode de traitement, c'est-à-dire que nous ne tenons pas compte des éventuelles reprises de traitement au cours de la période 2004-2008. Cette durée est calculée en excluant les prescriptions uniques.

La durée moyenne du traitement a augmenté, passant de 252 jours en 2004 à 281 jours en 2008 (+11,5%) (Tableau 4). Ce résultat doit cependant être nuancé car il ressort que la durée médiane est sensiblement inférieure à la durée moyenne. En 2008, elle était de 201 jours de traitement contre une durée moyenne de 281 jours, soit une différence de l'ordre de -28,5%.

Cette forte différence peut laisser penser que la durée moyenne du traitement est influencée par des valeurs extrêmes qui poussent la moyenne à la hausse. Il est donc préférable, dans un tel cas, d'interpréter la valeur médiane. Entre 2004 et 2008, la durée médiane du traitement a connu une croissance de 19,6% sur la période. En d'autres mots, les patients ayant récemment initié un traitement se voient suivre un traitement plus long qu'auparavant.

¹¹ La grande majorité des conditionnements comportent 28 comprimés pour un traitement d'un mois.

¹² Boutsen, Laasman et Reginster, 2006, « Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, Mai 2006, p. 35.

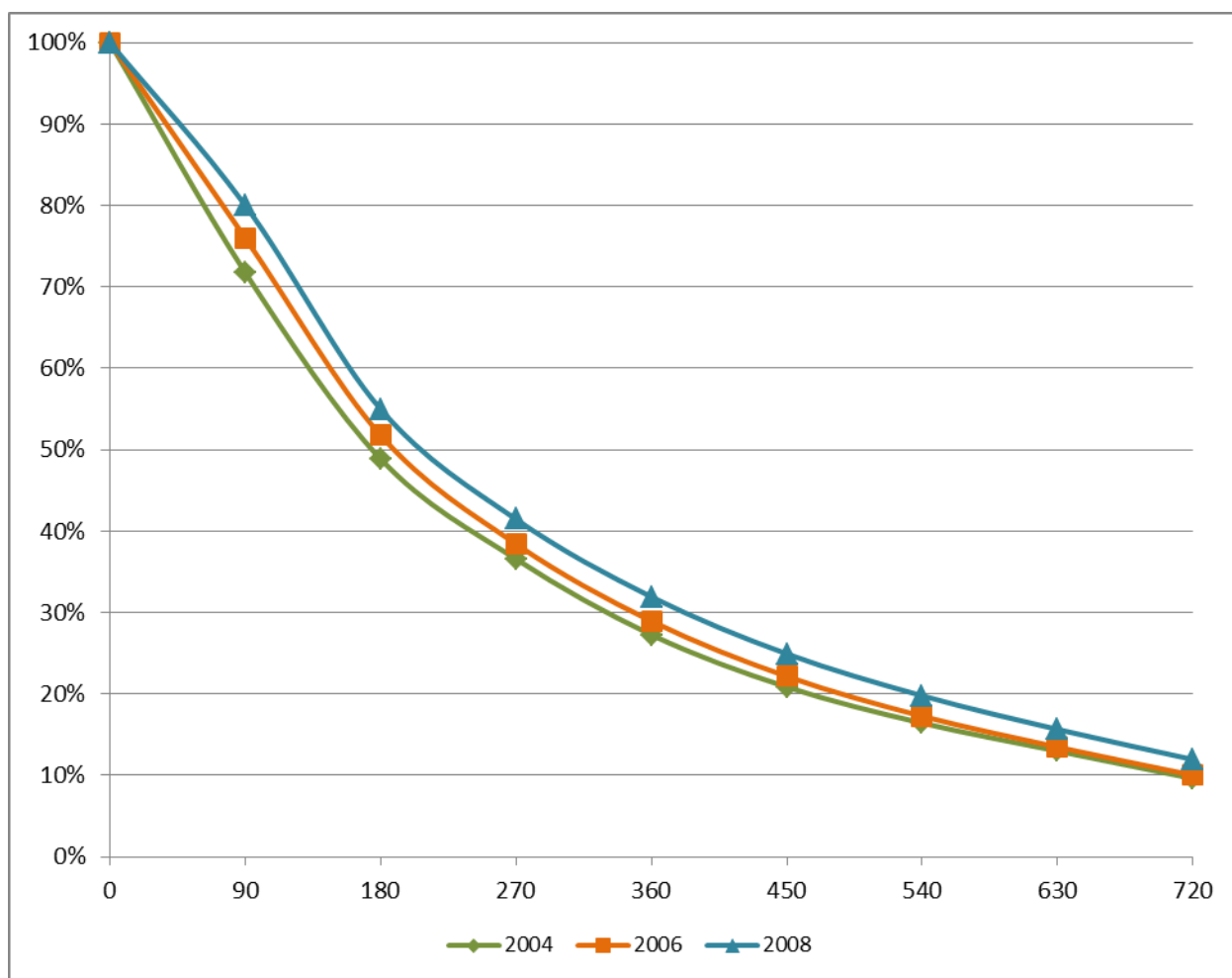
Tableau 4 : Evolution de la durée de l'épisode de traitement entre 2004 et 2008

	2004	2006	2008	2004-2008
Durée moyenne	252	261	281	11,5%
Durée médiane	168	183	201	19,6%

Source : UNMS

Un tel résultat est confirmé par l'analyse des courbes de survie des nouveaux traitements. Comme on peut le voir sur la figure 1, les courbes de survie se déplacent vers la droite en fonction de la cohorte la plus récente. Cela signifie que les nouveaux traitements ont plus de probabilité d'être suivis plus longtemps en 2008 qu'en 2004.

En effet, en 2004, 28,2% des nouveaux traitements ont été arrêtés endéans les 90 jours alors que ce pourcentage s'élevait à 20% en 2008. Après 6 mois de traitement, 48,9% des nouveaux traitements étaient poursuivis en 2004 et 55% en 2008. Notons également que 12% des patients ayant initié un traitement en 2008 étaient encore sous traitement après 3 ans contre 9,6% pour ceux de 2004.

Figure 1 : Courbe de survie des nouveaux traitements par cohorte (2004, 2006 et 2008)¹³

Source : UNMS

¹³ A l'exclusion des prescriptions uniques.

On peut dès lors constater que l'observance des traitements, mesurée par la durée, s'est légèrement améliorée sur la période.

Pour le traitement d'un épisode aigu, les recommandations en usage suggèrent un traitement de minimum 6 à 7 mois, soit un traitement de consolidation d'au moins 6 mois après disparition des symptômes qui surviennent généralement après 2 à 4 semaines de traitement¹⁴. La durée moyenne et la durée médiane du traitement (respectivement 281 et 201 jours, Tableau 4) correspondent ainsi aux recommandations.

3.2.3. Adhérence au traitement

Pour rappel, l'adhérence est mesurée selon deux indicateurs – le MPRm moyen et le MPRm global – et le seuil retenu pour juger de l'adhérence est la proportion de patients dont l'adhérence est supérieure à 80%.

Le tableau 5 montre que le MPRm moyen a légèrement augmenté sur la période (+4,2%). En 2008, l'adhérence moyenne s'élevait à 81,5% pour les nouveaux traitements. En d'autres mots, pour ces nouveaux patients, plus de 4/5 du traitement était délivré, en moyenne, par rapport à la durée attendue du traitement.

Cette mesure est cependant à nuancer car elle laisse paraître que l'adhérence est, en moyenne, élevée. Or, si on calcule l'adhérence globalement, les chiffres sont plus faibles. L'adhérence globale vaut 55,8% en 2004 et 62,5% en 2008, soit une augmentation de 12,1% sur la période. Ainsi, en 2008, environ 3/5 du traitement était couvert pour l'ensemble des patients.

Le fait que l'adhérence globale est inférieure à l'adhérence moyenne peut laisser penser qu'un grand nombre de patients suivent un traitement pendant longtemps mais ne le suivent pas bien (on a donc un faible nombre de DDD délivrées correspondant à une longue durée de traitement).

La proportion de patients dont l'adhérence moyenne dépasse les 80% augmente légèrement sur la période. Elle s'élève à 53,2% en 2008. Cela signifie que plus d'un nouveau patient sur deux se voit délivrer 80% du nombre de DDD qu'il aurait dû recevoir pendant la durée de son traitement. Ce résultat est encourageant. Cependant, il signifie également que la moitié des patients ont une adhérence inférieure à 80%, ce qui pose question, d'autant plus s'il s'agit de dépressions sévères ou modérées. A titre informatif, l'adhérence mesurée pour les autres médicaments vaut : 55% pour les statines, plus de 90% pour l'insuline seule ou en association avec un hypoglycémiant oral et 74% pour les hypoglycémiant oraux. En général, l'observance est plus élevée pour les maladies dont on perçoit les conséquences.

Tableau 5 : Indicateurs d'adhérence des nouveaux traitements entre 2004 et 2008

	2004	2006	2008	2004-2008
MPRm moyen	78,2%	80,6%	81,5%	4,2%
MPRm global	55,8%	60,2%	62,5%	12,1%
% patients adhérence>80%	50,9%	53,1%	53,2%	4,5%

Source : UNMS

¹⁴ WHO Mental Health Collaborating Centres, 1989, « Pharmacotherapy of depressive disorders: a consensus statement », *Journal of Affective Disorders*, vol.17, p. 197-198.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les principaux enseignements de l'analyse

L'analyse menée par le Service Etudes de la Mutualité Socialiste – Solidaris a principalement porté sur deux questions :

- 1) Quels sont les principaux facteurs qui expliquent l'évolution de la consommation d'antidépresseurs ces dernières années ?
- 2) Comment a évolué la durée du traitement et l'adhérence à celui-ci au cours de la période ?

La délivrance des antidépresseurs a augmenté entre 2002 et 2010 (+57,6%) mais les trois quarts de cette augmentation s'expliquent par une augmentation de la quantité moyenne délivrée par patient (+42,3%).

L'analyse de la délivrance annuelle des antidépresseurs montre que le nombre de DDD délivrées est passé de 52 millions de doses en 2002 à 82 millions de doses en 2010. La consommation de DDD a ainsi augmenté de plus de la moitié sur la période (+57,6%).

L'augmentation de la consommation d'antidépresseurs pose régulièrement question : s'agit-il d'une augmentation du nombre de patients liée à une épidémie de dépressions ou parce que l'on traite trop rapidement des dépressions légères alors que l'efficacité des antidépresseurs est peu évidente ?

L'analyse transversale montre que l'augmentation de la délivrance d'antidépresseurs s'explique davantage par une augmentation des quantités délivrées par patient (+42,3%) sur la période plutôt qu'une augmentation du nombre de patients sous traitement (+10,7%). La proportion d'affiliés sous traitement est d'ailleurs restée stable sur la période analysée (+0,5%).

Les trois quarts de l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs observée entre 2002 et 2010 s'expliquent ainsi par une augmentation de la quantité moyenne prescrite par patient.

Cette augmentation provient également d'une meilleure observance : la durée médiane du 1^{er} épisode de traitement a augmenté de 19,6% entre 2004 et 2008 et l'adhérence au traitement de 4,2%.

L'analyse longitudinale a permis d'étudier la consommation d'antidépresseurs lors de nouveaux traitements commencés entre 2004 et 2008 ainsi que leur évolution.

Elle montre que la plus forte consommation d'antidépresseurs observée ces dernières années peut également s'expliquer par une meilleure observance, cette dernière étant mesurée par la durée du 1^{er} épisode de traitement et l'adhérence au traitement (à l'exclusion des prescriptions uniques). En d'autres mots, le patient respecte davantage les prescriptions et les posologies lors de son traitement.

La durée médiane du traitement est ainsi passée de 168 jours en 2004 à 201 jours en 2008, ce qui représente une hausse de 19,6% sur la période. Par ailleurs, la probabilité de suivre le traitement plus longtemps a augmenté sur la période. Après 6 mois de traitement, 55% des nouveaux traitements étaient poursuivis en 2008 (+6,1 points de pourcentage par rapport à 2004).

Les patients ayant récemment initié un traitement se voient donc suivre un traitement plus long qu'auparavant. Ces résultats sont plutôt positifs dans la mesure où les recommandations suggèrent un traitement d'une durée de 6 à 7 mois minimum pour le traitement d'un épisode aigu de dépression.

L'étude montre également que les patients suivent mieux leur traitement. En effet, l'adhérence, qui mesure le nombre de dose délivrée divisé par la durée du traitement, augmente sur la période (+4,2%, en moyenne, entre 2004 et 2008). En 2008, l'adhérence moyenne s'élevait ainsi à 81,5%. Cela signifie que les patients se sont vus délivrer, en moyenne, plus de 4/5 du traitement par rapport à la durée attendue de leur traitement.

En outre, l'adhérence est supérieure à 80% – seuil retenu dans la littérature – pour plus d'un patient sur deux. Ce résultat est encourageant mais il signifie également que pour l'autre moitié des patients, l'adhérence n'est pas très élevée. Elle mériterait d'être étudiée sur le plan de la variabilité entre patients pour savoir s'il s'agit de dépressions sévères ou modérées car les efforts doivent davantage porter sur ces patients.

L'étude montre cependant qu'une consommation importante est souvent inappropriée et relève le problème de la délivrance unique.

En effet, plus d'un patient sur deux ayant initié un traitement entre 2004 et 2008 se contente d'une seule boîte d'antidépresseurs, ce qui est tout à fait insuffisant pour traiter un épisode aigu de dépression. Cette proportion n'a toutefois pas progressé sur la période.

La proportion de délivrance unique est un problème connu que nous avons déjà mis en évidence en 2006¹⁵. Ce phénomène pose question : s'agit-il de prescriptions en-dehors des indications ou de patients qui abandonnent leur traitement ?

Rappelons que les études montrent qu'un déprimé grave ou modéré sur deux n'est traité ni par médicament, ni par psychothérapie. Dans ce domaine, on est donc davantage confronté à un problème de dysprescription que de surprescription.

De plus, il est essentiel de rappeler que les antidépresseurs n'ont pas prouvé leur efficacité dans le traitement de la dépression mineure. La plupart des auteurs préconisent, en première intention, une période d'observation avec entretiens d'accompagnement réguliers du patient. Par la suite, la préférence va aux traitements non-médicamenteux, notamment de courtes périodes de thérapie cognitive comportementale.

La Mutualité Socialiste – Solidaris formule donc les recommandations suivantes :

Complémentaire au soutien à la prise non-médicamenteuse de la dépression en première ligne¹⁶, il importe d'étudier de manière approfondie la prescription des antidépresseurs dans notre pays.

La Mutualité Socialiste – Solidaris appuie la création par la Ministre Onkelinx de la plateforme scientifique psychotropes chargée de réaliser une réglementation pour les prescriptions et des campagnes sur la consommation problématique de ces médicaments. Il est toutefois indispensable que cette plateforme dispose d'outils d'évaluation fiable.

¹⁵ Boutsen, Laasman et Reginster, 2006, « Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, Mai 2006, p. 35.

¹⁶ Nous renvoyons ici aux recommandations formulées par la Mutualité Socialiste – Solidaris suite aux résultats du [Thermomètre Solidaris](#) sur le bien-être psychologique des belges.

Les données des mutualités permettent un monitoring précis de la prescription et, en particulier, un suivi de l'observance des traitements par les patients au cours du temps. Il s'agit d'une dimension qualitative importante pour le médecin prescripteur mais elle est difficilement mesurable par ce dernier.

Il subsiste, par ailleurs, des questions interpellantes auxquelles les données des mutualités ne peuvent répondre :

- Comment expliquer qu'un patient sur deux ne s'est vu délivrer qu'une seule boîte d'antidépresseurs ?
- Comment expliquer qu'à peine un patient sur deux suit correctement la posologie ?

Une concertation et une collaboration avec les médecins prescripteurs, notamment dans le cadre de l'évaluation de la conformité de la prescription aux indications, est indispensable pour répondre à ces questions importantes et améliorer la qualité du traitement médicamenteux de la dépression.

LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE
SONT TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE www.mutsoc.be



La Mutualité Socialiste



DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE

DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN

RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES

Téléphone : 02/515.03.93. – fax : 02/515.18.74. – mail : Etudes@mutsoc.be

EDITEUR RESPONSABLE :

JEAN-PASCAL LABILLE

Rue Saint-Jean 32/38 - 1000 Bruxelles