

Plaidoyer en faveur d'une collaboration interdisciplinaire dans l'intérêt des patientes et des patients

## Le traitement insatisfaisant de la dépression est-il imputable uniquement au médecin de famille?

Pierre Loeb\*

\* Au nom de *Médecins de famille Suisse* et de *l'Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP*. L'auteur est président de l'ASMPP et intervient activement dans la formation psychosociale des médecins de premier recours.

Les médecins de famille traitent entre un tiers et la moitié de tous les adultes souffrant de dépression, respectivement les deux tiers des patients dépressifs âgés. La gravité des symptômes de dépression est comparable dans les cabinets des médecins de famille et ceux des psychiatres spécialisés [2]. De nouvelles études de grande envergure [3] prouvent que «généralement, un médecin de premier recours motivé, dans un environnement urbain américain (où le taux de dépression se situe aux alentours de 20%) reconnaît 10 cas de dépression sur 20 et qu'il ne dépiste donc pas les dix autres cas positifs (sensibilité moyenne). Toutefois, c'est à juste titre qu'il rassurera 65 des 80 personnes non dépressives (grande spécificité) [4]. 15 personnes seront diagnostiquées comme dépressives par erreur.»

Dans une publication parue en août 2009 dans *The Lancet*, Tyrer [5] reprend l'étude de Mitchell [3] et se demande ce qui s'est passé en matière de traitement de la dépression pour la dernière génération des médecins de famille. Dans ce contexte, il évalue la compétence du médecin de famille et la pertinence des questions de dépistage pour en arriver à la conclusion que l'évaluation générale par le médecin de famille pourrait être supérieure aux questions du dépistage. En particulier des interrogations répétées pourraient donner plus de résultats qu'un dépistage unique. Les patients dépressifs dissimulent ou camouflent souvent leurs symptômes pour éviter la stigmatisation d'un diagnostic de dépression. On craint encore énormément que les antidépresseurs rendent «dépendant» ou qu'ils fassent sombrer dans un état second [6]. De nombreux patients ne parlent pas spontanément du fait qu'ils ont le moral à zéro mais présentent de multiples symptômes corporels pour lesquels ils souhaitent que leur médecin de famille leur prescrive un traitement. En 1981 déjà, Kielholz [7] parlait de dépression «larvée». Les symptômes généraux typiques de la dépression concernent les femmes. Les hommes ont plutôt tendance à dissimuler leurs troubles affectifs. Ils se retirent, noient leurs soucis dans l'alcool et perdent le contrôle d'eux-mêmes lors de crises de rage brutales ou d'explosions de violence. Ces événements sont si gênants que, trop souvent, ni les patientes ni les patients n'en parlent suffisamment tôt. Burnout, mobbing et surtout troubles de l'anxiété sont souvent des

### Au sujet du «**Papier de prise de position: doublement de la quote-part pour les personnes souffrant de maladies psychiques**» de la FMPP

Depuis deux ans, des médecins de famille et des psychiatres recherchent des solutions durables pour optimiser le diagnostic, le traitement et le suivi de personnes souffrant de dépression et de tendances suicidaires, dans le cadre de l'Alliance Santé psychique suisse et de l'Alliance contre la dépression. Si l'on se base sur cette vision de soins de base largement étayés par diverses organisations professionnelles du corps médical (médecins de famille et psychiatres), des psychologues et les structures cantonales de soins, le «**Papier de position: doublement de la quote-part pour les personnes souffrant de maladies psychiques**» de la Fédération des psychiatres FMPP publié dans le cahier 49/2009 du BMS [1] a de quoi surprendre. Si les auteurs de ce document reconnaissent que les «médecins de famille disposent aujourd'hui de bonnes connaissances en psychiatrie», ils soulignent par ailleurs que les «médecins de premier recours sont importants, toutefois en aucun cas suffisants». Dans le même temps, ils publient des résultats inquiétants: «En dépit de la fréquence des maladies psychiques, souvent ces dernières ne sont pas diagnostiquées ni traitées comme telles» (...) «Mille trois cents personnes meurent chaque année en Suisse de suicide, environ 15 000 personnes en Suisse font une tentative de suicide» et «plus de la moitié des personnes qui se suicident ont fait appel à un médecin de famille dans la semaine précédant le suicide». Les médecins de famille sont-ils responsables de cette situation?

Deux études importantes et des *reviews* s'interrogeant sur le dépistage et la survenance de la dépression sont parues en 2009: «*Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis*» d'Alex Mitchell et al. dans *The Lancet* [3] et «*Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review*» de O'Connor et al. dans *Annals of Internal Medicine* [9].

Correspondance:  
Dr Pierre Loeb  
Winkelriedplatz 4  
CH-4008 Bâle  
loeb@hin.ch

diagnostics utilisés volontairement par le médecin de famille afin de décrire une dépression, pour éviter de stigmatiser les patients et les convaincre d'engager une relation thérapeutique ou parce qu'ils souhaitent prioritairement que l'on s'occupe des symptômes apparents. Il n'est donc pas étonnant qu'une grande partie des dépressions ne soient pas déclarées comme telles dès le début. S'il s'agit d'une récurrence de dépression ou si le patient admet sa maladie et souhaite accéder rapidement à un psychiatre, ceci doit lui être garanti afin qu'il ne perde pas de temps inutilement.

Si l'on considère une coupe longitudinale de la consultation, le médecin de famille aura d'autant moins de mal à suivre l'évolution d'une dépression [8] et l'acceptation par le patient augmentera d'autant plus que a) l'aspect somatique aura été correctement établi et b) son moral ne s'améliorera pas en dépit d'autres traitements. Il faut reconnaître ici, dans le sens d'une autocritique, qu'il existe des médecins de famille qui négligent trop longtemps la dépression et retardent ainsi aussi bien le lancement d'un traitement médicamenteux que le recours à la dimension psychosociale.

caux des médecins de premier recours (Small Primary Care Practices).

Dans un avenir proche, de nouveaux modèles d'accès aux soins, par exemple des cabinets de groupe bénéficiant d'une infrastructure avec des professionnels de la santé comme des psychothérapeutes spécialisés ou des spécialistes pourraient assurer un traitement global. Dès à présent, il est possible d'obtenir de meilleurs résultats à l'aide des équipes des cabinets médicaux actuels si on les autorise à effectuer un suivi plus rigoureux du traitement (par exemple par des appels téléphoniques), à vérifier la tolérance et à assurer un encadrement psychosocial de base. Un tel «disease management» [11] et le «collaborative care» sont efficaces mais génèrent des coûts de santé plus élevés [12]. L'indemnisation de ce type de collaboration de nos assistantes de cabinet médical n'est pas encore prévue dans notre tarif, même si cela serait le moyen le plus efficace d'influencer les taux de réussite.

Le traitement adéquat d'un état dépressif est probablement plus important que l'ICD 10 ou la formulation conforme à DSM IV du diagnostic. En dépit de

## De nouveaux modèles de formation postgraduée, d'accès aux soins et de coopération tels qu'ils sont prévus dans le cadre de l'Alliance contre la dépression ont pour objectif d'améliorer l'encadrement des personnes dépressives et la prévention du suicide

Une *review* réalisée avec une méthode parfaite (y compris les références primaires pertinentes pour le sujet) de O'Connor et collaborateurs dans les *Annals of Intern Medicine* [9] s'avère d'une actualité brûlante. Elle examine à nouveau l'importance du dépistage de la dépression recommandé par la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) en 2002 et relativisée par Cochrane [10] en 2005.

On peut s'étonner du fait que, bien que le dépistage génère un taux de diagnostic de la dépression plus élevé, on n'obtienne aucune amélioration de l'évolution de la maladie. Selon O'Connor, cela pourrait s'expliquer par le fait que les dépressions non diagnostiquées par le médecin de famille ont une évolution moins grave que celles qui sont diagnostiquées également sans dépistage. Nombre de ces troubles guérissent spontanément sans thérapie médicamenteuse. O'Connor ajoute que les programmes de dépistage de la dépression par les médecins de famille n'ont de résultats que s'il existe une infrastructure de cabinet médical correspondante, susceptible d'assurer, outre une vérification du diagnostic, un suivi individualisé du patient, des possibilités de thérapie et des soins ultérieurs. Gensichen [11] a réussi à prouver pour l'Allemagne que le Case Management peut influencer le respect du traitement (increased treatment adherence) et l'évolution de la dépression de manière favorable grâce aux assistantes médicales des cabinets médi-

l'efficacité et du meilleur spectre d'effets secondaires des antidépresseurs, les patients les prennent encore de manière tout à fait aléatoire. La peur des effets secondaires ou celle de devenir dépendant des médicaments sont les raisons pour lesquelles 40 à 67% des patients arrêtent leur traitement médicamenteux dans les trois mois [10] même s'il faudrait continuer à prendre les médicaments entre 6 et 12 mois après qu'une amélioration a été obtenue. Dans ce contexte, les explications, l'accompagnement, l'adaptation du dosage ou de la combinaison des médicaments sont très importants.

La deuxième voie de traitement consiste en une thérapie par des entretiens de soutien qui pourraient également permettre de contrôler la prise consécutive de médicaments. C'est ici que se situent les principaux obstacles en termes de gestion du temps dans les cabinets médicaux où l'on ne dispose souvent pas des heures «marginales» pour des entretiens médicaux de soutien. Celles-ci sont par ailleurs mal rémunérées et peuvent représenter une charge importante pour de nombreux médecins de famille. C'est précisément pour des cas de ce type que l'ASMPP propose une formation postgraduée permettant d'acquérir notamment la compétence nécessaire au contact avec des patients «difficiles». Outre la théorie et des aptitudes particulières, une supervision est proposée dans un cercle de qualité spécialisé ou un groupe Balint.

Les entretiens de soutien ou psychothérapeutiques ne conviennent toutefois pas à tous les médecins de famille et le transfert vers un psychothérapeute/psychiatre s'impose. On constate de très importantes différences régionales en matière d'accès utile et souhaité à un psychiatre/psychothérapeute. Certaines parties du pays bénéficient de bonnes liaisons avec les institutions régionales ou disposent même d'équipes mobiles permettant d'assurer une prise en charge rapide par un psychiatre, en particulier en cas d'urgence. Dans de nombreuses régions, l'accès aux soins psychiatriques est insuffisant et on ne dispose d'aucun service d'urgences psychiatriques. On observe malheureusement pratiquement partout des problèmes pour le transfert vers un traitement psychothérapeutique dans un délai acceptable. Les barrières résident non seulement dans les contacts téléphoniques brefs et rapides et les délais de rendez-vous très lointains mais également dans des difficultés linguistiques et en partie un manque d'acceptation réciproque, notamment pour les patients avec des symptômes de somatisation.

Dans le monde entier, on prévoit que la dépression deviendra l'une des deux maladies les plus fréquentes. Afin de contribuer à développer un réseau interdisciplinaire de médecins de famille, psychiatres et autres institutions régionales dans l'objectif d'assurer un meilleur accès aux soins, l'office fédéral de la santé publique a repris pour la Suisse le modèle international performant de l'Alliance contre la dépression. Dans les cantons de Zoug, Berne, Thurgovie et Lucerne, de tels réseaux visant à améliorer la situation de soins et de vie des personnes souffrant de dépression et de leurs proches ainsi qu'à prévenir les suicides ont déjà été introduits avec succès. D'autres cantons se joindront à ce mouvement. Afin de mieux pouvoir relever ce défi, l'OFSP, le CMPR et l'ASMPP collaborent à l'élaboration d'un profil de compétences pour le cabinet médical. L'objectif est d'optimiser le diagnostic, la thérapie et la prévention et de tenter de lever le tabou sur la dépression pour permettre un traitement performant en alliant toutes les forces. La guérison et la capacité de travail qui en dépend nécessitent une bonne coopération entre les médecins de famille et les psychiatres. Nous y sommes disposés.

### Synthèse

- Les médecins de famille traitent entre un tiers et la moitié de tous les adultes souffrant de dépression, respectivement les deux tiers des patients dépressifs âgés.
- Des études récentes interprètent de manière plus différenciée les taux de succès du dépistage au cabinet médical et révèlent que des questions répétées sont plus utiles qu'un dépistage unique.
- Les équipes de cabinet médical (composées d'assistantes médicales ou d'équipes de soins) qui génèrent une meilleure adhésion au traitement (increased treatment adherence) enregistrent des succès.
- Ceux-ci sont rendus possibles par le respect et le suivi plus rigoureux du traitement ainsi que par un encadrement psychosocial.
- Le «disease management» et le «collaborative care» sont efficaces mais génèrent des coûts de santé plus élevés.
- Il faut améliorer l'accès aux psychiatres et aux psychologues (également en cas d'urgence).
- De nouveaux modèles de formation postgraduée, d'accès aux soins et de coopération tels qu'ils sont prévus dans le cadre de l'Alliance contre la dépression ont pour objectif d'améliorer l'encadrement des personnes dépressives et la prévention du suicide.

Mes remerciements vont à Ueli Grüniger du Collège de Médecine de Premier Recours CMPR et à Fränzi Zogg et Margot Enz du comité de Médecins de famille suisses pour leurs précieuses suggestions et leur relecture critique.

### Références

- 1 Ebner G et Kurt H. Papier de prise de position: doublement de la quote-part pour les personnes souffrant de maladies psychiques. Bulletin des médecins suisses. 2009;90(49):1920–22.
- Les références suivantes ne proviennent pas de la Suisse et sont plus ou moins applicables dans notre pays.
- 2 Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi M, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Spencer DC et al. A direct comparison of presenting characteristics of depressed outpatients from primary vs. specialty care settings: preliminary findings from the STAR\*D clinical trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:87–96. (PMID:15763119).
- 3 Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; published online July 28. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60879-5.
- 4 Monica Cepoiu et al. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians – A Systematic Literature Review and Meta-analysis (JGIM 2007) <JGIM\_Cepoiu\_11606\_2007\_Article\_428.pdf>
- 5 Tyrer P. Are general practitioners really unable to diagnose depression? *Lancet*. Vol. 374. August 22. 200.
- 6 Khan N, Bower P, Rogers A. Guided self-help in primary care mental health: meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *Br J Psychiatry*. 2007;191:206–11.
- 7 Kielholz P, Pöldinger W, Adams C. Die larvierte Depression. Köln: Dt. Ärzte-Verlag; 1981.
- 8 Cooper B. A study of one hundred chronic psychiatric patients identified in general practice. *Br J Psychiatry*. 1965; 11:595–605.
- 9 O'Connor et al. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med*. 2009; Dec 1.151(11):793–803.
- 10 Gilbody et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; Oct 19;(4):CD002792.
- 11 Gensichen J et al. Case Management for Depression by Health Care Assistants in Small Primary Care Practices. A Cluster Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*. Sept 2009.
- 12 Suresh AJ. ebmh.bmj.com