

Heinrich Kläui, Gregor Hasler

Les dépressions dans la pratique du médecin de famille

Compte rendu de l'atelier du 3 février 2011 dans le cadre de la Journée de la psychiatrie pour médecins de famille, aux UPD (services psychiatriques universitaires) de Berne

Comment reconnaître les dépressions? Et si le premier traitement échoue, comment enchaîner? Il faut comprendre les dépressions dans une perspective biographique; et il faut les traiter rapidement et efficacement pour éviter les récurrences.

La prévalence des dépressions est élevée dans les cabinets de médecins de famille. Les généralistes traitent 90% des dépressions [1] et prescrivent 85% des psychotropes. Selon une enquête de Priest, la plupart des patientes et patients (60%) s'adressent en premier lieu à leur médecin de famille [2].

Lors de l'atelier, nous avons abordé les interrogations suivantes:

- Comment distinguer la dépression de la «simple» réaction à des circonstances difficiles ou à des événements insupportables? Existe-t-il encore, à l'époque de la CIM-10 et du DSM IV, une dépression exogène et une dépression endogène?
- Comment la dépression se traite-t-elle chez le généraliste? Que faire si aucun progrès ne se manifeste en dépit d'une thérapie correcte?
- Quels sont les moyens d'améliorer la collaboration entre les médecins de base et les collègues travaillant en psychiatrie?

La dépression: évolution des données biographiques

Les critères diagnostiques centraux de la dépression sont les suivants: humeur dépressive d'une durée dépassant deux semaines et/ou perte d'intérêt ou de plaisir lors de presque toutes les activités (anhédonie). S'y ajoutent d'autres symptômes tels que les troubles de la concentration, les troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie), la perte ou l'augmentation d'appétit, la fatigue diurne et le manque d'énergie, la perte d'amour-propre, les sentiments de culpabilité, les symptômes psychomoteurs (agitation ou ralentissement) et la suicidalité.

Parmi les causes de la dépression, nous trouvons des facteurs génétiques, de lourdes épreuves pendant l'enfance et le stress psychosocial déclencheur de maladie. Les principaux facteurs de stress dépressogènes sont la perte de proches, le chômage et les problèmes relationnels [3].

Des données récentes montrent que la plupart des dépressions débutent en réaction à un facteur de stress psychosocial. Si toutefois la dépression se prolonge, ce facteur perd peu à peu son effet déclencheur, et un épisode dépressif peut se manifester alors que le stress est insignifiant ou absent. Sur le plan étiologique, on suppose qu'une série de modifications neurotrophiques dans le cerveau (par ex. une réduction du volume de l'hippocampe) et de facteurs psychologiques (absence d'expériences positives, perte progressive d'amour-propre, schémas de pensée dépressive acquis) sont responsables de l'accroissement spectaculaire du risque de récurrence dans une biographie dépressive. En d'autres termes, si on avait autrefois recours au concept de dépression endogène et exogène, les études récentes montrent que la dépression se déclenche généra-

lement par réaction et qu'elle évolue vers l'«endogénité» si elle n'est pas traitée.

Traitement de la dépression

L'évolution des connaissances sur le plan de l'évolution biographique explique qu'il faut traiter les dépressions avec rapidité et efficacité. Le traitement peut s'effectuer par psychothérapie, médicaments ou les deux: rien ne prouve jusqu'ici la supériorité d'un traitement par rapport au risque de récurrence. L'objectif décisif du traitement doit être la rémission complète, et non la réduction partielle des symptômes. Après plusieurs épisodes dépressifs, il faut songer à la prescription de longue durée d'un antidépresseur, car ces médicaments ont une grande efficacité dans la prévention des épisodes dépressifs ultérieurs, supérieure même à leur potentiel de réduction de symptômes. Le professeur Gregor Hasler a constaté que, souvent, les médecins de famille manquent de rigueur dans l'évaluation du résultat du traitement, et qu'ils hésitent à optimiser les traitements anti-dépresseurs (accroissement de la dose, changement de substance, association à une psychothérapie, etc.). Le traitement des troubles bipolaires fait l'objet de recommandations spéciales [4]. Si l'on n'aboutit pas à une rémission des symptômes, il faut chercher la coopération avec un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Lors de l'évaluation du résultat du traitement, la question usuelle: «comment allez-vous?» ne suffit pas; les évaluations brèves munies d'échelles visuelles analogiques sont plus fiables (tab. 1).

Dans le traitement des dépressions, les grands préjugés de la population à l'égard des médicaments antidépresseurs posent un problème particulier: 78% des personnes interrogées par Priest étaient d'avis que les antidépresseurs sont addictogènes, alors que seules 46% étaient convaincues de l'efficacité des traitements médicamenteux antidépresseurs [2]. C'est pourquoi l'adhésion au traitement médicamenteux mérite une attention spéciale; seul un traitement bien négocié et accepté par le patient sera suivi.

Tableau 1

Evaluations brèves munies d'une échelle visuelle analogique et très utiles dans la pratique.

Humeur	Angoisse	Sommeil
Energie	Activités quotidiennes	Bien-être physique

Que faire en cas de résistance au traitement?

En l'absence d'améliorations, plusieurs options sont possibles. D'abord, augmenter la dose: une à deux semaines suffisent à évaluer l'efficacité du traitement, et en cas de réponse insuffisante il faut augmenter progressivement la dose jusqu'à la dose maximale. Ensuite, changer de substance: comme la réponse aux différents

antidépresseurs n'est pas prévisible, on ne peut pas s'appuyer sur des critères fiables pour changer de substance. En cas d'absence de réponse aux ISRS, il faut penser aux IRSN à double action, ainsi qu'aux tricycliques classiques et bien éprouvés.

On assiste aujourd'hui à un regain d'intérêt des psychiatres pour le renforcement du traitement antidépresseur par l'hormone thyroïdienne T3 (qui agit avant tout chez les femmes) et le lithium, car il donne de bons résultats dans des études plus récentes. Il s'avère que le lithium demeure la substance la plus efficace chez les sujets à risque suicidaire accru, même dans les cas où il n'a aucun effet sur les symptômes centraux de la dépression. Ces traitements, généralement initiés par des collègues psychiatres, devraient être réalisés en coopération avec ces derniers.

L'essentiel en bref

- Au cabinet médical, la proportion des patients dépressifs est élevée.
- Il vaut la peine de bien coordonner les contacts avec les collègues spécialistes en psychiatrie.
- Il existe de nouvelles recommandations en matière de traitement. Les recommandations thérapeutiques actuellement en vigueur en Suisse ont été publiées en 2011 dans le «Forum Médical Suisse» [5].
- Les épisodes dépressifs liés aux troubles bipolaires font l'objet de recommandations de traitement particulières que «Forum Médical Suisse» a publiées en 2010 [4].

Problèmes de collaboration

Les médecins de famille se plaignent régulièrement de la difficulté à trouver des places de traitement en psychiatrie. L'échange entre collègues serait insuffisant.

Quelques associations professionnelles de médecins psychiatres et psychothérapeutes ont répondu à cette critique en publiant sur leurs sites Web des informations au sujet de la disponibilité des places de traitement: Berne (www.bgpp.ch), Bâle-Ville/Bâle-Campagne (www.ppvs.ch), Lausanne (www.gppv.ch) et Zurich (www.therapievermittlung.ch). De surcroît, l'Alliance bernoise contre la dépression fait en sorte que des collègues exerçant en psychiatrie participent aux cercles de qualité des médecins de famille (www.berner-buendnis-depression.ch).

Références

- 1 Scott J. Depression should be managed like a chronic disease (editorial), *Brit Med J.* 2006;332:985-6.
- 2 Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts G, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *Brit Med J.* 1996;313:858-9.
- 3 Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry.* 2010;9:155-61.
- 4 Hasler G, Preisig M, Müller T et al. Behandlungsempfehlungen für bipolare Störungen. *Swiss Med Forum.* 2011;11:308-13.
- 5 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. *Swiss Med Forum.* 2010;10:802-9.

Correspondance:

Dr Heinrich Kläui
Praxis für Innere Medizin
Bühlstrasse 59
3012 Bern
heinrich.klaeui@redcross.ch

Christoph Napierala, Andreas Haefeli, Urs Saxer

Arrêts récents du Tribunal fédéral touchant à la procédure EAE

Dans trois cas, le Tribunal fédéral a pris des décisions de fond en fin d'année 2010 et en début d'année 2011. Ces décisions permettent enfin aux médecins soumis à une procédure EAE (efficacité, adéquation, économicité) selon l'art. 56 de la LAMal de considérer le caractère économique des prestations sous un angle élargi. L'aspect économique, que les tribunaux avaient jusqu'ici limité aux coûts, s'étend désormais à l'efficacité qui se définit comme le rapport entre flux entrants et sortants. On élèverait donc le niveau au principe de la gestion rationnelle des ressources, jusqu'ici encore rarement respecté: les tribunaux s'étaient concentrés sur les flux entrants (coûts). Il faut saisir l'occasion de se pencher sur ces arrêts du Tribunal fédéral (ATF) pour en tirer les conséquences et passer à une procédure plus différenciée.

Vue d'ensemble des ATF

Avant de passer en revue les différents ATF par ordre chronologique, voici tout d'abord l'explication de quelques concepts. Pour le Tribunal fédéral, la méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les frais moyens causés par la pratique d'un médecin particulier avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables. La méthode analytique concerne l'analyse détaillée et individuelle de cas de patients et des notes d'honoraires facturées par le médecin.

ATF 9c 968/2009 du 15 décembre 2010

Cette décision nomme pour la première fois les circonstances dans lesquelles on peut appliquer la comparaison statistique: