

Une maladie très fréquente

Prise en charge du patient dépressif au cabinet

Johanna Sommer^a, Jean-Nicolas Despland^b

^a Unité de médecine de premier recours, Faculté de médecine, Genève; ^b Institut universitaire de psychothérapie, CHUV

Les médecins généralistes orientent très peu vers un traitement psychiatrique spécialisé pour leurs patients dépressifs. Dans ce contexte, il vaut la peine d'approfondir nos connaissances de cette maladie, ou de se faire superviser par un psychothérapeute afin de mieux prendre en charge les patients dépressifs au cabinet.

Un rapport de l'observatoire de la santé en Suisse de 2013 est consacré à la dépression: en Suisse, la dépression est une maladie très fréquente avec une prévalence sur une année de 7,5% et débute souvent avant l'âge de 30 ans. Elle récidive dans plus de 50% des cas, présente des comorbidités somatiques très fréquemment (55–91% selon la gravité) et génère fréquemment une invalidité (10%, en augmentation au cours des dernières années) [1]. Les personnes déprimées consultent peu (50%) et tardivement: on décrit dans ce même rapport un délai de 10 ans d'évolution de la dépression avant de consulter. A l'origine de ce fait, il se trouve que la dépression est mal diagnostiquée (dans 40% des cas environ). Les dépressions traitées par les généralistes sont souvent graves (50%).

De plus, d'après ce rapport, la dépression ne serait traitée adéquatement par les médecins généralistes que dans 10% des cas! Les généralistes prescrivent souvent des antidépresseurs et les psychiatres recourent davantage à la psychothérapie.

Le diagnostic de dépression en médecine générale

Comment poser le diagnostic de dépression? Sur la base d'extraits du livre «Tomber sept fois, se relever huit» [2], nous pouvons découvrir et analyser le vécu dépressif que nous devons repérer face à nos patients: c'est une souffrance qui est globale, avec au premier plan des symptômes physiques, les aspects psychiques de ce trouble devant être activement recherchés.

Philippe Labro décrit bien la difficulté de comprendre ce qui se passe en lui [2]:

«Je sais pas c'que j'ai. Ça va pas. (...) je me sens trop fatigué pour dire ce qui m'arrive. Lassitude, épuisement, tout est lourd, difficile insupportable, seul projet, seul objectif, trouver le sommeil et s'y réfugier. (...) J'ai l'impression que ça me soulage de savoir que je n'ai rien au cœur; mais ce soulagement dure quelques secondes, puisque, de toute manière, plus rien ne semble pouvoir me soulager. Bientôt, au contraire, à peine aurai-je fait quelques pas sur le trottoir, je serai à nouveau capturé par l'angoisse, accroché par les pinces du truc invisible qui enserre mon corps et je regretterai que le docteur M. n'ait rien trouvé «au cœur». (...) Perte du désir, je ne désire plus rien, je n'ai plus goût à rien. Manger est une épreuve, boire une punition. La mandarine n'a plus de goût, la purée ne passe pas à travers la gorge, le café laisse des traces d'amertume. (...) Je ne suis même pas capable d'une larme. Si seulement je pleurais, si tout cela éclatait en un immense et consolant sanglot, ça fait du bien, parfois, les larmes. Mais rien ne sort, rien ne vient adoucir la douleur. Tristesse et isolement ne sont pas sujets de larmes. C'est une tristesse sèche, un isolement aride, un chagrin stérile. Définis ta douleur. Ça se passe où? Dans le ventre? Oui c'est ça, c'est là, dans le creux du corps, au milieu de moi comme une vrille, ça tourne et tournoie, ça n'arrête pas de tournerbouler comme les centrifugeuses dans les machines, comme une bétonnière qui broie sable et chaux et eau pour en faire du ciment.»

On comprend bien que ce vécu se situe davantage dans les éprouvés corporels que dans des manifestations psychiques. C'est bien pour cette raison que la plupart des patients viendront d'abord consulter leur médecin traitant, sans comprendre ce qui se passe dans leur corps et sans avoir accès de manière intuitive et immédiate aux aspects émotionnels du trouble. Ce vécu étouffant et écrasant, que nous pouvons ressentir dans le climat relationnel de l'entretien, qui peut susciter

Cet article est basé sur un atelier qui s'est tenu dans le cadre du congrès JHaS 2016.

chez nous un sentiment d'impuissance et de paralysie en miroir, doit nous faire évoquer un diagnostic différentiel de dépression et rechercher activement et explicitement les critères diagnostiques, par exemple en nous aidant du DSM V (tab. 1).

Tableau 1: Les critères diagnostiques de la dépression majeure selon la classification DSM V (et ne pouvant pas être attribués secondaires à une autre cause).

Au moins cinq des symptômes suivants pendant deux semaines; Au moins un des symptômes «1» ou «2»

- 1 Humeur dépressive (sentiment de tristesse ou vide, pleurs)
- 2 Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (anhédonie)
- 3 Perte ou gain de poids significatif (5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit
- 4 Insomnie ou hypersomnie
- 5 Agitation ou ralentissement psychomoteur
- 6 Fatigue ou perte d'énergie
- 7 Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
- 8 Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- 9 Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires

De plus, si nous voulons augmenter le taux de dépistage de la dépression auprès de notre patientèle, il convient de prendre l'habitude de poser au moins lors des premiers rendez-vous ou lors des rendez-vous annuels de contrôle les deux questions suivantes (critères 1 et 2):

- *Durant le dernier mois vous êtes-vous senti déprimé, triste, d'humeur plate, découragé, cafardeux, désespéré?*

- *Durant le dernier mois avez-vous ressenti moins de plaisir ou d'intérêt lors de vos occupations habituelles?*

Même si la moitié seulement des patients répondant «oui» à ces deux questions présenteront réellement une dépression (spécificité 57%), la sensibilité est excellente puisque seulement 3% des patients dépressifs ne seront pas dépistés par ces questions (sensibilité 97%) [3]. Il conviendra donc de préciser plus avant les critères diagnostiques de la dépression, ces deux questions permettant un bon dépistage.

D'autres symptômes en médecine générale peuvent nous alerter quant à la présence d'une dépression: la diminution de la libido, l'irritabilité et l'agressivité (en particulier chez les hommes), l'anxiété, les alcoolisations, et les troubles cognitifs en particulier chez la personne âgée.

Le soutien du patient dépressif au cabinet du généraliste

Une fois le diagnostic posé, il convient de préciser le cadre et le contenu des entretiens de soutien au cabinet du généraliste.

Il est utile de prévoir à l'avance des entretiens de fréquence très régulière (du moins au début), fixés à l'avance, et d'une durée suffisante (minimum 30 minutes). Durant ces entretiens, il faut disposer du temps et de l'énergie suffisante pour l'écoute et le dialogue. Il convient de valider les émotions du patient en lui exprimant de l'empathie par la verbalisation de ce qu'on ressent au niveau émotionnel. On tentera de créer une



relation chaleureuse et compréhensive. Il est essentiel de nommer les symptômes, le diagnostic et à expliquer au patient ce que nous comprenons par le terme de dépression, en comparant notre représentation à la sienne. Le plus difficile souvent est d'amener le patient à reconnaître et à accepter sa maladie. Il faudra donc souvent soutenir le patient, l'encourager et lui redonner de l'espoir par rapport à une guérison possible, à condition qu'on se donne les moyens de soigner la dépression, de prendre le temps nécessaire de le faire. Pour cela, il faut souvent discuter avec le patient des conséquences socio-professionnelles en prescrivant éventuellement un arrêt maladie négocié avec le patient, et en discutant clairement avec lui les objectifs de cet arrêt maladie.

De façon régulière, il est nécessaire d'évaluer la suicidalité du patient, en lui posant clairement la question, par exemple: «*Vous est-il arrivé de tant souffrir que vous vouliez en finir?*» De même, il faut explorer d'éventuels projets suicidaires: «*qu'avez-vous imaginé pour mettre fin à vos jours?*», ainsi que le réalisme et le degré de préparation de ceux-ci. Finalement, on tentera de renforcer les barrières au geste suicidaire: «*Qu'est-ce qui vous retient de le faire?*» La notion de contrat de non-passage

Il faudra motiver le patient à s'engager dans un traitement actif et contractualisé et s'assurer qu'il le suivra.

à l'acte n'a aucune valeur juridique, mais permet de renforcer le lien thérapeutique avec le patient et de s'assurer qu'il ait des solutions de secours en cas de désespoir débordant. En cas de suicidalité importante, il faut oser recourir à une hospitalisation sur un mode non volontaire.

Il faudra ensuite motiver le patient à s'engager dans un traitement actif et contractualisé et s'assurer qu'il le suive. D'une consultation à l'autre, on tentera de fixer avec lui des buts raisonnables d'activités qu'il pourra reprendre (activités de loisirs, se reconnecter à son corps par certaines activités physiques, etc.). On cherchera à l'aider concrètement à affronter les difficultés et à réorganiser sa vie quotidienne pour mieux gérer le stress. On soulignera et valorisera les changements positifs que le patient aura souvent tendance à ne pas voir ou à minimiser en raison de son trouble.

Il est indispensable d'aborder et de chercher à traiter tous les symptômes physiques (douleurs ou troubles digestifs par exemple) et les troubles du sommeil.

Il est nécessaire de discuter concrètement de l'opportunité d'une psychothérapie auprès d'un professionnel qualifié. Ses objectifs devront être discutés, ainsi que le type de traitement qui pourrait le mieux convenir au patient. Dans la mesure où il n'y a pas de différence d'efficacité entre les méthodes de psychothérapie, c'est le style de travail propre à chacune de celles-ci, ainsi qu'au psychothérapeute, si on a l'habitude de travailler avec lui, qui seront déterminants.

Lorsqu'une indication à une prescription médicamenteuse est retenue, il sera important de discuter avec le patient ses idées préconçues, craintes et représentations envers ce traitement.

La prescription d'un antidépresseur ne change l'évolution de la dépression que dans le cas des dépressions majeures sévères. En cas de dépression majeure légère à moyenne, la psychothérapie est équivalente à la prescription médicamenteuse; il n'y a donc le plus souvent aucune urgence à introduire un psychotrope qui aura souvent plus d'effets secondaires que de bénéfices durant les deux premières semaines. En effet, le délai d'action est d'une à deux semaines pour constater les premiers effets sur l'humeur et de quatre à huit semaines pour observer la régression de la symptomatologie dépressive. Lorsqu'une indication à une prescription médicamenteuse est retenue, il sera important de discuter avec le patient ses idées préconçues, craintes et représentations envers ce traitement, de même que les bénéfices attendus et les délais nécessaires afin d'augmenter l'adhésion au traitement proposé qui devrait faire partie d'une prise en charge globale et ne pas se limiter à une prescription.

Tableau 2: Indications du recours au psychiatre.

- Diagnostic différentiel difficile
- Dépression avec symptômes psychotiques
- Dépression bipolaire
- Dépression chronique
- Trouble dysthymique
- Comorbidité troubles somatiques et troubles psychiatriques
- Suicidalité
- Résistance au traitement prescrit (4-6 semaines)
- Intolérance aux effets secondaires
- Utilité d'une psychothérapie spécifique

Il convient de poursuivre le traitement antidépresseur pour une durée de 4–6 mois après rémission complète de la symptomatologie dépressive pour un premier épisode. Il ne faut pas se satisfaire d'une rémission partielle, qui peut conduire à la chronicisation du trouble. L'objectif clinique est la disparition totale des symptômes; tant que celle-ci n'est pas atteinte, elle nécessitera une stratégie thérapeutique active (augmentation du dosage, prescription complémentaire, traitement combinant antidépresseur et psychothérapie par exemple). Si une première adaptation du traitement ne suffit pas, il est utile de demander l'avis d'un psychiatre psychothérapeute (après un délai d'environ 4–6 semaines). Les autres indications à recourir à un avis psychiatrique spécialisé sont listées dans le tableau 2 à titre indicatif, mais bien sûr que le médecin peut recourir à l'avis d'un collègue spécialisé à tout moment lorsqu'il en ressent le besoin.

Lorsqu'on souhaite interrompre le traitement antidépresseur il faut l'arrêter progressivement pour éviter un syndrome de sevrage.

Correspondance:
Johanna Sommer
Unité de médecine
de premier recours
Faculté de médecine
CH-1205 Genève
johanna.sommer[at]
unige.ch

L'essentiel pour la pratique

- Dépister la dépression de façon systématique en développant nos outils relationnels, émotionnels et nos connaissances pour reconnaître la symptomatologie dépressive.
- Savoir mener des entretiens de soutien: entretiens réguliers, de durée suffisante; atmosphère chaleureuse et empathique; expliquer et faire accepter le diagnostic; définir des buts progressifs; évaluer la suicidalité; négocier un arrêt maladie; s'assurer de l'adhérence au traitement, notamment médicamenteux; préparer à une psychothérapie.
- Il n'y a que rarement une urgence à introduire un traitement antidépresseur, qui équivaut à l'effet d'une psychothérapie pour les dépressions majeures légères à modérées.

Crédit photo

© Barbara Helgason | Dreamstime.com

Références

- 1 OBSAN Rapport 56, la dépression dans la population suisse. Niklas Baer, et al. 2013.
- 2 Philippe Labro. Tomber sept fois, se relever huit. Ed. Albin Michel, Paris 2003.
- 3 Bruce Arroll, Natalie Khin, Ngaire Kerse. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327:1144–6.