

# Congrès internationaux

par le Dr Thierry Van der Schueren, médecin généraliste, 5640 Mettet

## Dépression en soins primaires WPA & WONCA 2008

Grenade, du 18 au 20 juin 2008

Ce congrès thématique de la WONCA (World Organisation of National Councils & Academies of general practitioners) en partenariat avec l'association mondiale de psychiatrie s'est tenu à Grenade en Espagne. Son thème principal était la dépression en soins primaires. L'ensemble des autres affections psychiatriques rencontrées en médecine générale était également au programme de cette ambitieuse conférence internationale.

### Problèmes émotionnels en MG

En médecine générale, de nombreux problèmes émotionnels sont présentés par les patients : problèmes sociaux, familiaux ou professionnels. Ces difficultés de la vie ont régulièrement un fort retentissement émotionnel chez le patient qui vient alors chercher de l'aide auprès de son médecin généraliste. Ce patient, qui ne rencontre pas les critères diagnostiques de la dépression est toutefois une vraie personne avec une vraie souffrance.

Ce type de plaintes (perte d'énergie, « ras le bol », épuisement...) est très fréquent en médecine générale car les praticiens y sont accessibles et sont les seuls à assurer une continuité et une globalité dans leur prise en charge ! Néanmoins, les généralistes sont régulièrement mis en difficulté par ce type de plaintes, essentiellement par manque de formation, de ressources et parfois de motivation. De plus, il n'existe aucun critère diagnostique pour ces plaintes émotionnelles. Seule la classification internationale des soins primaires (CISP) prévoit quelques codes dans le chapitre Z.

Les pistes d'actions dégagées par l'orateur et les participants sont :

1. reconnaître la situation, le malaise émotionnel vécu par le patient ;
2. vérifier l'absence d'un autre trouble ;
3. informer le patient sur l'absence de dépression dans ce qu'il ressent,
4. proposer au patient une aide psychologique sous la forme d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou d'une thérapie de résolution des pro-

blèmes. Orienter le patient vers un psychologue si le médecin ne les pratique pas lui-même ;

5. laisser le choix au patient d'accepter ou de refuser cette aide psychologique ;
6. valoriser le patient afin de prévenir la dépression.

Cette attitude structurée doit permettre au patient d'être entendu et aidé ; au généraliste, de disposer d'une ligne directrice pour son action d'aide.

D'après l'atelier animé par le Dr JM MENDIVE, médecin généraliste à Barcelone (Espagne).

### Résilience : clé pour vie heureuse ?

La résilience est la capacité à surmonter les événements difficiles et à se renforcer lors des événements heureux. Cette capacité n'est pas une caractéristique innée mais bien un processus actif que l'on peut développer ou au contraire affaiblir. Qu'est-ce qui influence la résilience des gens ?

1. les facteurs génétiques. Les gènes de la résilience sont identifiés et c'est ainsi que certains sont protégés de l'apparition d'une dépression, même quand ils sont soumis à des facteurs de stress extrêmes ;
2. une enfance heureuse, saine et au contact de personnes-ressources améliore les connections limbiques qui favorisent ainsi les capacités de résilience ;
3. la culture sociale affecte aussi, dans un sens ou dans l'autre, la résilience des gens. Une société organisée, jouissant d'une bonne communication interpersonnelle, avec des leaders respectables faisant office de modèles est favorable. Une société individualiste ou discriminatoire, la guerre, la pauvreté, l'absence de soins médicaux ou le mariage forcé sont sources d'affaiblissement de la résilience ;
4. la spiritualité est favorable sauf en cas de religion inflexible aux règles strictes et rigides.

Une psychothérapie visant à améliorer la résilience est donc envisageable. Elle s'attache à développer la capacité à résoudre les problèmes, à formuler une

demande d'aide en cas de difficulté et à consacrer du temps à soi tout en découvrant l'individualisme.

D'après l'exposé du Dr J. BENSON, médecin généraliste à Adélaïde (Australie).

### Une vie meilleure !

Six pratiques écossaises de médecine générale participent depuis janvier 2008 à un projet d'amélioration à long terme de la qualité de vie de leurs patients. Un tiers des patients ayant survécu à un infarctus développe un état dépressif. La dépression, quant à elle, double le risque de décès en cas d'infarctus. Dans le même ordre d'idées, 30% des diabétiques développent une dépression. Dès lors, une approche holistique du patient, même s'il consulte pour un problème bien précis, devrait permettre de réduire l'apparition de co-morbidités. Des interventions adaptées et précoces, comme proposées dans ce projet, doivent permettre un retour rapide à la normale et une autonomisation maximale des patients chroniques. Ce projet en cours sera évalué pour fin 2009.

D'après l'exposé du Dr A. WOODHOUSE, médecin généraliste à Edimbourg (Grande-Bretagne).

### Non, les MG ne prescrivent pas trop de SSRI

Partout en Europe, la prescription des antidépresseurs augmente alors qu'il n'y a pas d'augmentation concomitante du nombre de dépressions. Certains responsables accusent les généralistes d'une prescription inadéquate. En Écosse, les autorités exigent une diminution de 10% des prescriptions de SSRI ! Dès lors, une équipe de chercheurs de l'université d'Aberdeen a réalisé une étude des situations dans lesquelles les MG prescrivent les SSRI.

Parmi les patients évalués « non dépressifs » par une échelle validée, 11% ont pourtant reçu une prescription de SSRI. Ce groupe de patients a été analysé. 80% de ces patients présentent des troubles de l'humeur et des antécédents personnels de dépression, 12% présentent une anxiété

généralisée sans dépression et 6 % d'autres symptômes psychologiques variés et indéterminés. Les conclusions de cette étude sont donc que la prescription inappropriée en MG est rare. De plus, la prescription est toujours réalisée au profit de patients symptomatiques.

D'après l'exposé du Dr I. CAMERON, médecin généraliste, université d'Aberdeen (Grande-Bretagne).

## Caractéristiques des dépressifs soignés par les MG

Cette étude prospective réalisée en médecine générale visait à connaître les comorbidités psychiatriques des patients pris en charge par les généralistes. En effet, l'accessibilité de la médecine générale lui impose de prendre en charge des cas difficiles à tous points de vue. Sur un échantillon aléatoire de 790 patients issus de 30 pratiques, 26,7 % souffrent d'une dépression majeure, 51,7 % d'une dépression légère à modérée et 21 % de dépendance ou d'abus d'alcool, de tranquillisants ou de drogues illicites. Ce dernier sous-groupe de patients est particulièrement difficile puisque 81 % des patients y souffrent de plusieurs troubles psychiatriques simultanés. Citons par ordre d'importance la dépression majeure, les troubles de panique, l'anxiété généralisée, les troubles alimentaires et les troubles psychosomatiques. L'oratrice conclut que la population rencontrée et prise en charge par les MG est particulièrement difficile car souffrant de multiples pathologies.

D'après l'exposé du Pr C. DORWICK, médecin généraliste enseignante, Université de Melbourne (Australie).

## Équipe de soutien psy à la 1<sup>re</sup> ligne

Sur le modèle que nous connaissons pour les soins palliatifs, les autorités publiques du Québec ont mis en place des équipes de soutien à la médecine générale dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. Partant du constat que le MG est accessible et connaît le réseau de proximité qui peut aider ses patients, il était logique de lui apporter de l'aide pour remplir cette lourde tâche. L'évaluation de ces premières années de fonctionnement révèle que les équipes de soutien ont permis de structurer les ressources locales en véritables réseaux de santé. Les contacts MG, psychologues, services de jour, psychiatres et services hospitaliers s'en sont améliorés très nettement. Les MG ont pu être déchargés par les équipes de soutien de la prise en charge de nombreux problèmes psychosociaux rencontrés par

leurs patients psychiatriques. Les besoins d'hospitalisation ont pu être rencontrés plus facilement et plus rapidement grâce à l'aide des équipes de soutien qui jouent un rôle d'intermédiaire entre la 1<sup>re</sup> ligne et la seconde.

En conclusion, cette initiative a permis de créer un réel service de santé mentale en 1<sup>re</sup> ligne et ce, en plus des hôpitaux psychiatriques déjà surchargés. Ce service permet aussi à de nombreux malades de mieux se réintégrer à leur communauté de vie, via un suivi assuré par les généralistes de proximité. L'intérêt des MG pour la santé mentale s'est également accentué grâce à ce soutien.

D'après l'exposé de M<sup>me</sup> C. VALLEE, sociologue à l'Institut National de Santé Publique de Québec (Canada).

## Psychothérapies pour groupes hétérogènes

Les psychothérapies cognitivo-comportementales ont démontré leur efficacité dans de nombreuses situations cliniques de médecine générale. Les thérapeutes (médecins ou psychologues) formés à ce type de prise en charge sont cependant trop peu nombreux. Ils restent donc inaccessibles pour de nombreux patients dans le cadre d'une prise en charge individuelle. Cette équipe islandaise a testé l'efficacité de cette psychothérapie lorsqu'elle est proposée à des groupes de patients, issus de la médecine générale et présentant des pathologies hétérogènes.

Et cela marche : l'état des patients s'améliore significativement après cinq séances délivrées à une semaine d'intervalle. De plus, après trois mois, la situation clinique s'est encore améliorée, marquant ainsi l'effet positif persistant de la psychothérapie. L'oratrice souligne la nécessité de comparer les résultats de la psychothérapie cognitivo-comportementale en groupe à ceux d'une même thérapie en individuel avant d'en généraliser l'usage.

D'après l'exposé de Mlle H. KRISTJANDOTTIR, psychologue à Reykjavik (Islande).

## Auto-mesure psychiatrique

Il est utile de mesurer la santé mentale pour deux principales raisons. La première est de pouvoir informer objectivement le patient et son thérapeute sur les progrès réalisés. La seconde est de pouvoir comparer entre elles des approches différentes de problèmes de santé identiques. Les instruments de mesure ont soit une fonction diagnostique, soit une fonction de mesure. Les membres du

département de médecine générale du « King's College » de Londres ont décidé de créer un outil simple et pratique pour la première ligne. Simple car il doit être utilisable par tous les patients et pratique car il ne doit pas nécessiter l'intervention du MG. Cet outil a été créé, évalué et validé. Son nom est « PSYCHLOPS », il est très sensible aux changements dans l'état du patient et contient de nombreuses informations qualitatives à propos du patient qui peuvent être utiles au MG. Cet outil est téléchargeable sur [www.psychlops.org.uk](http://www.psychlops.org.uk).

D'après l'exposé du Dr M. ASHWORTH, médecin généraliste enseignant à Londres (Grande-Bretagne).

## Sevrage tabagique et insomnie

Tant les traitements médicamenteux du sevrage tabagique que le sevrage lui-même peuvent être sources d'insomnie. Cette étude prospective grecque a analysé cette problématique spécifique. 40 % des patients en sevrage tabagique déclarent présenter des troubles du sommeil. Ces patients sont le plus souvent de grands fumeurs, très dépendants à la nicotine et présentant des symptômes dépressifs. Ces patients sont aussi ceux qui ont le plus de difficultés à s'arrêter (haut taux de rechute précoce et faible taux de succès après un an). Néanmoins, ces difficultés de sommeil sont transitoires et s'améliorent chaque semaine dès la première semaine de sevrage. Il semble utile de prévenir les patients débutant un sevrage de ces possibles difficultés de sommeil ainsi que de leur caractère transitoire.

D'après l'exposé du Dr O. ANDROUTSOS, médecin généraliste en formation à Athènes (Grèce).

## Coût des soins de la dépression

Cette étude allemande récente s'est attachée à évaluer de manière précise le coût d'une prise en charge soit en médecine générale, soit en psychiatrie. La prévalence de la dépression est évaluée à 6,3 %. La moitié (49,9 %) des dépressifs n'est pas prise en charge parce que cette part des malades ne consulte pas ou n'est pas diagnostiquée. L'autre moitié des patients est diagnostiquée et prise en charge : 24,6 % par les médecins généralistes et 25,5 % par les psychiatres. Il existe de nombreux faux-positifs par erreur diagnostique tant chez les généralistes que chez les spécialistes. Le coût par patient et par an est ainsi évalué à 4804 € pour la médecine générale et 4635 € pour la psychiatrie ambulatoire.

D'après l'exposé du Dr H. SALIZEI, médecin généraliste à Mannheim (Allemagne).