

Prise en charge du patient dépressif par le médecin généraliste



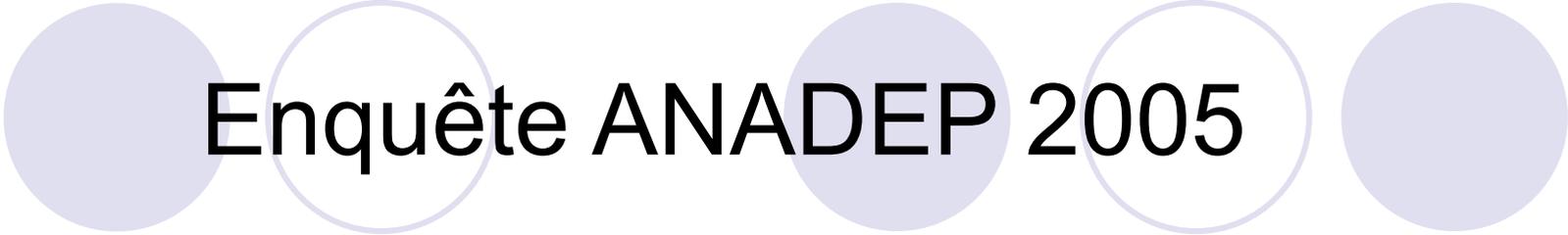
Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants
Département de Médecine Générale
Université C Bernard Lyon 1



- Prévalence de la dépression importante en France (campagne d'information de l'INPES octobre 2007).
- 6 à 12% selon les études *BEH 2008;(35-36):314-317.*)
- Co-morbidités associées importantes (anxiété généralisée, problème avec l'alcool...)

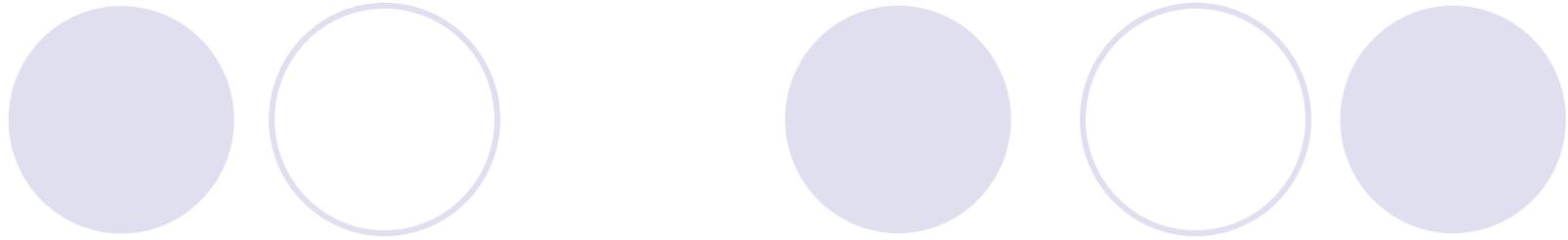
Enquête baromètre santé INPES 2005

- La prévalence des symptômes dépressifs en population générale adulte :19%.
- 7,8% sont des Episodes Dépressifs Majeurs.
 - 4,2% d'intensité moyenne
 - 3,2% d'intensité sévère
 - 15% des troubles sévères sont des troubles chroniques

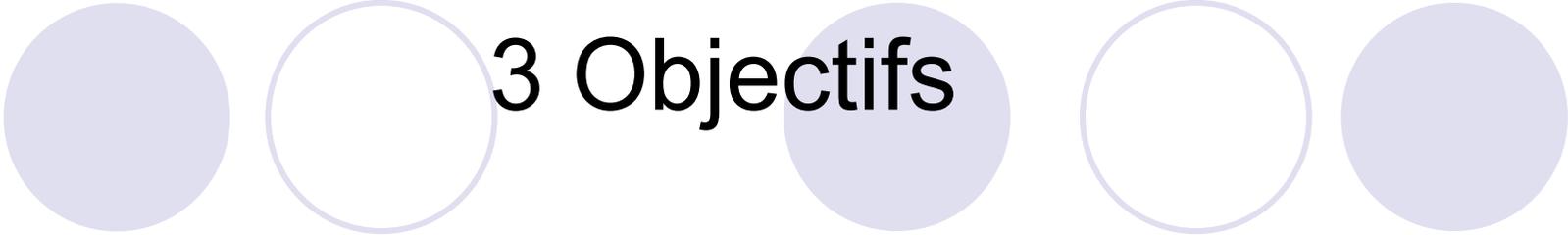


Enquête ANADEP 2005

- 1 personne adulte sur 5 (18%) souffre d'un EDM au cours de sa vie.
- 50% de ces EDM sont sévères
- 1 personne adulte sur 20 a souffert d'un EDM au cours des 12 derniers mois.
- 2 millions de français sont touchés par la dépression chaque année.



- Efficacité des psychothérapies dans les dépressions légères à modérées comparées à des groupes non pris en charge .
- Ce qui compte :
 - l'empathie du thérapeute
 - la qualité de la relation médecin malade basée sur l'écoute
 - l'importance de la conviction du médecin



3 Objectifs

- Mieux reconnaître et prendre en charge les troubles dépressifs dans tous leurs états.
- Développer la psychothérapie de soutien du généraliste dans une approche centrée sur le patient.
- Mieux reconnaître la crise suicidaire et évaluer le risque suicidaire, l'urgence et la dangerosité.
- Reconnaître les autres prises en charges thérapeutiques et leurs indications (médicaments, psychothérapies systématisées)



Déroulement de la journée et méthodes pédagogiques Matin

- **Grand groupe : 8h30-9h**

Introduction Présentation des objectifs.

- **Petit groupe : 9h-12h30**

Recueil des attentes ; « Comment pouvez vous décrire les patients dépressifs que vous en avez rencontré en stage chez le prat ? »

Jeux de rôle (le patient dépressif réactionnel ou en travail de deuil)

Psychothérapie de soutien du MG

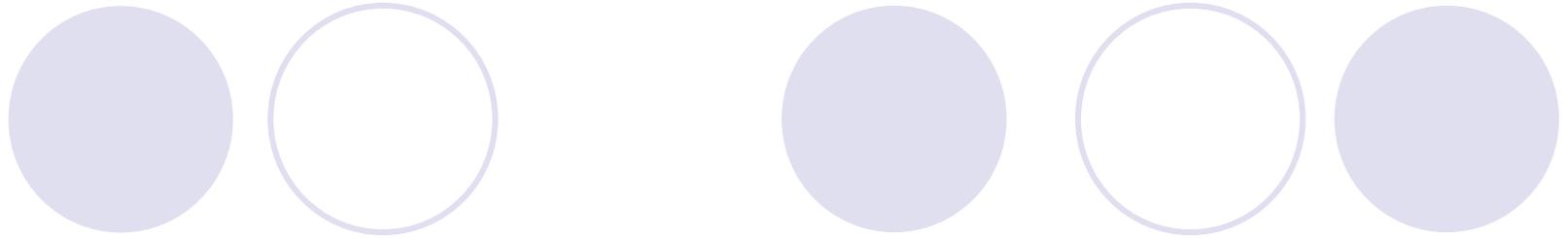
Evaluation et Prise en charge de la crise suicidaire



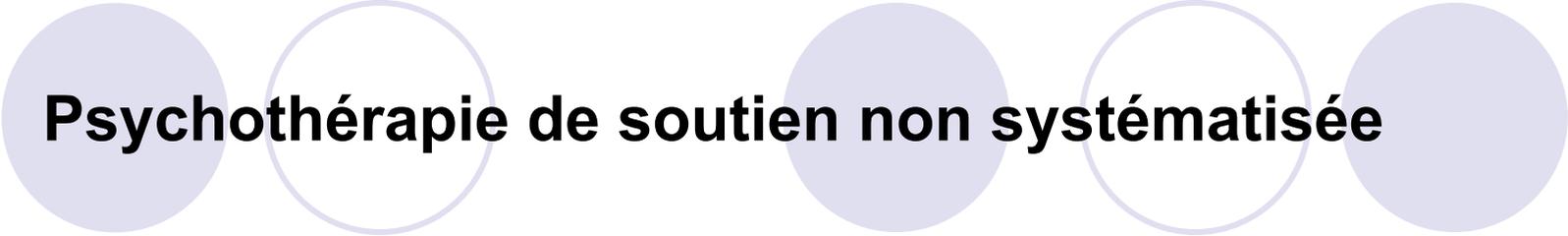
- **Petit groupe : 14h-16h 15**

6 Situations cliniques de dépressions :
diagnostics, prise en charge (Jeux de rôle
à partir de scénarios préparés)

- **Grand groupe : 17h**
Évaluation Validation



Psychothérapie de soutien du MG



Psychothérapie de soutien non systématisée

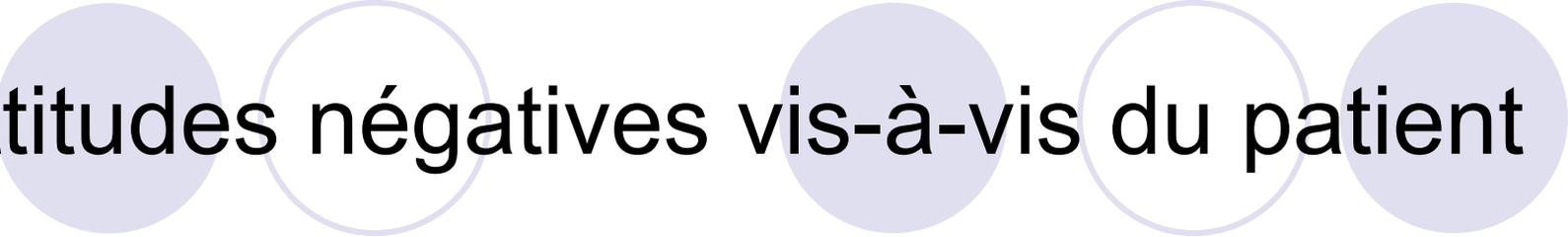
- = Rétablir ou maintenir l'équilibre psychologique du patient sans viser une modification importante de la personnalité de ce patient (à court terme)
- **Approche Centrée sur le Patient (ACP)** impliquant la prise en charge globale biopsychosociale et la prise en compte de la perspective du patient (RAP : représentations, attentes et préférences) dans le cadre d'une alliance thérapeutique et d'une relation délibérative avec le patient (Décision médicale partagée).



Attitudes psychothérapeutiques (savoir être)

- En quoi mon expérience de vie (personnelle et professionnelle) peut m'aider en tant que professionnel à comprendre le patient ? (« réflexivité » réflexion reflet)
- Prédilection émotionnelle, personnalité du médecin
- « Résonance » avec la subjectivité du patient («transfert contre transfert »)
- Connaître ses limites et être réaliste

- 
- Comprendre de l'intérieur la problématique du patient sans oublier que le patient est un autre (empathie).
 - Susciter la confiance par une attitude congruente (être authentique dans ses sentiments, cohérence entre le vécu et le discours).
 - Accepter l'autre et ses valeurs de manière inconditionnelle.
 - Avoir une vision optimiste de l'autre



Attitudes négatives vis-à-vis du patient

- A priori, préjugés, idées préconçues
- Vision réductrice et disqualification du patient
- Attitude moralisatrice, jugement de valeur
- Confrontation agressive

Psychothérapie de soutien : un savoir faire et un savoir agir

- Un médecin à l'écoute active empathique
- Un médecin impliqué dans une relation active : « coaching, counselling » adapté à chaque patient (à la suite du travail d'écoute active)

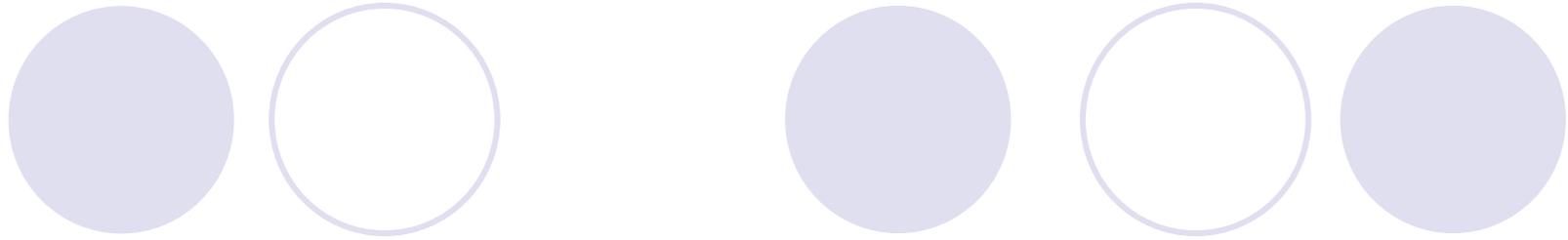


Le médecin à l'écoute

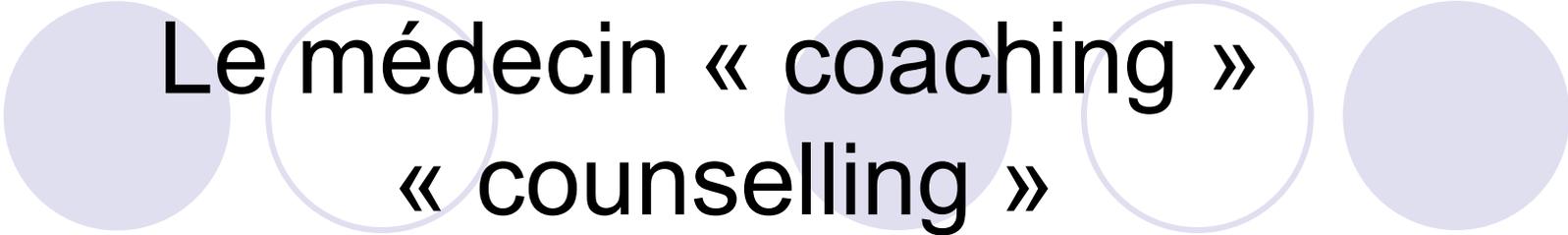
- “ Écouter pendant un entretien prolongé représente une grande part de la psychothérapie ” (Balint).
- “ La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin ” (Balint).



- Questionnement ouvert
- Reformuler ,Relancer (question en retour, en ricochet, écho)
- Recadrer, recentrer, recontextualiser
- Résumer Synthétiser feed back

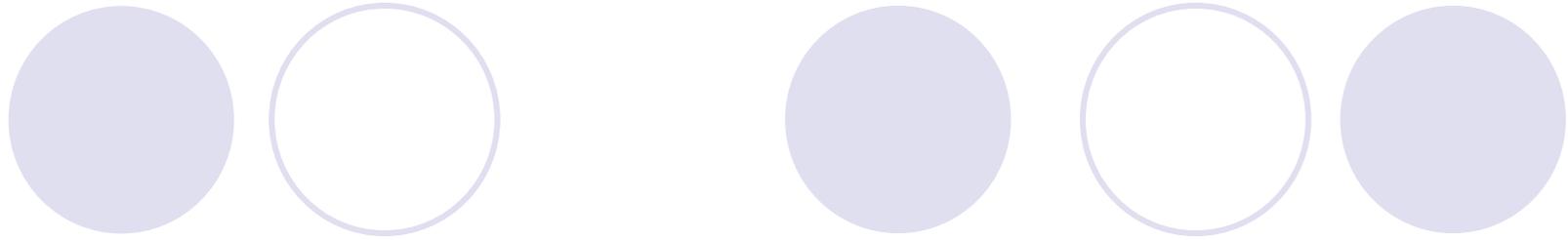


- Observer le non verbal
- Laisser exprimer et mettre en mots les émotions
- Valider ces émotions : « je ressens ... dans ce que vous me dites »
- Aborder les résistances et les réticences : « c'est difficile de parler de... »



Le médecin « coaching » « counselling »

- Expliquer ce qu'est la dépression légère à modérée, son caractère provisoire, réactionnel, le contexte de crise, le sens que peut prendre cette crise dans la vie du patient et pouvant déboucher sur des changements positifs à encourager adaptée au capacité de compréhension du patient...



- Renforcer les éléments positifs qui peuvent surgir dans le discours du patients et les aspects positifs de la personne
- Redonner confiance
- Stimuler une reprise du sentiment de contrôle sur sa propre vie

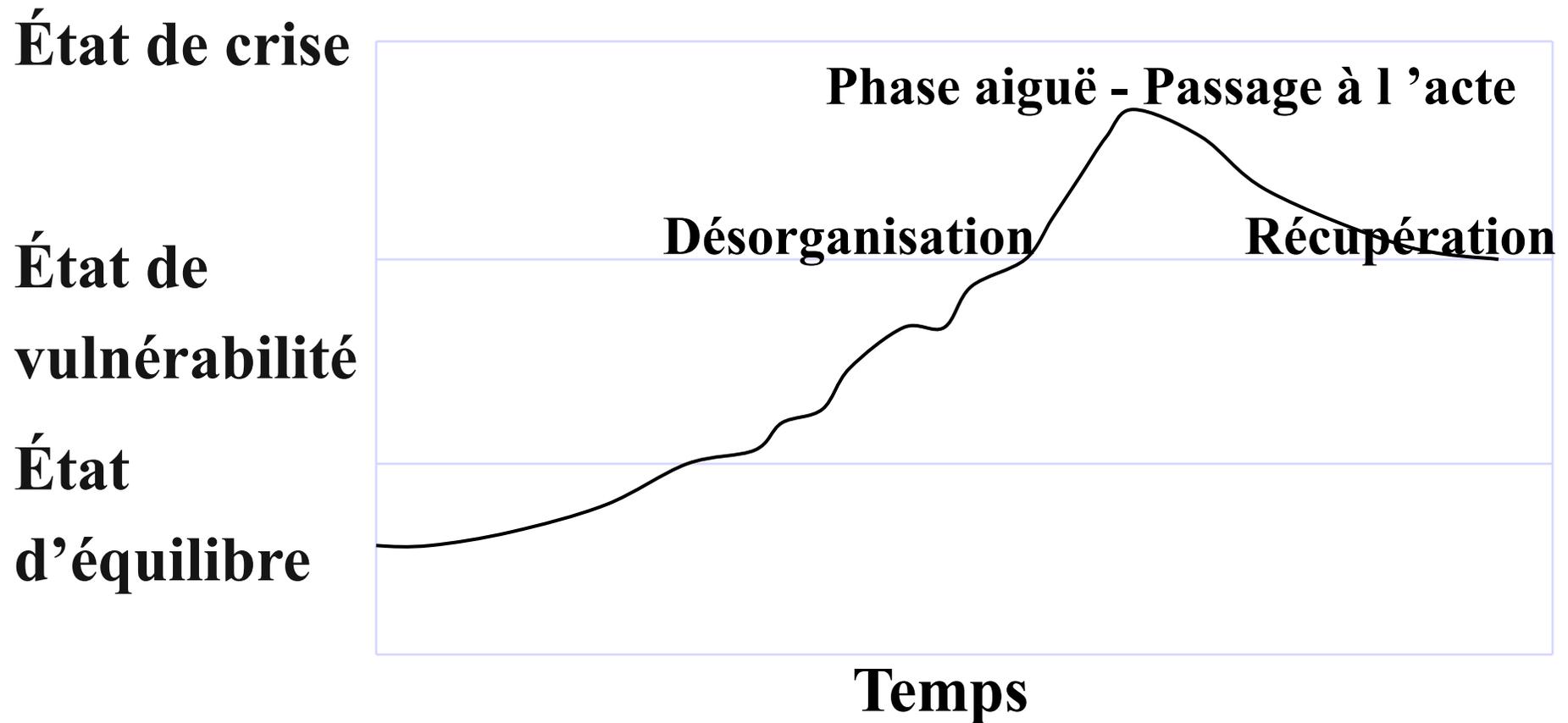


- Conseiller des tâches à faire (au départ minimales) adaptées au patient , réinvestir le corps, par l'activité physique (efficacité démontrée dans des études validées), la relaxation
- Se centrer sur « l'ici et maintenant »
- Recadrer et faire entrevoir une issue positive
- Identifier avec la personne dépressive des démarches simples et réalistes à faire pour sortir de l'isolement

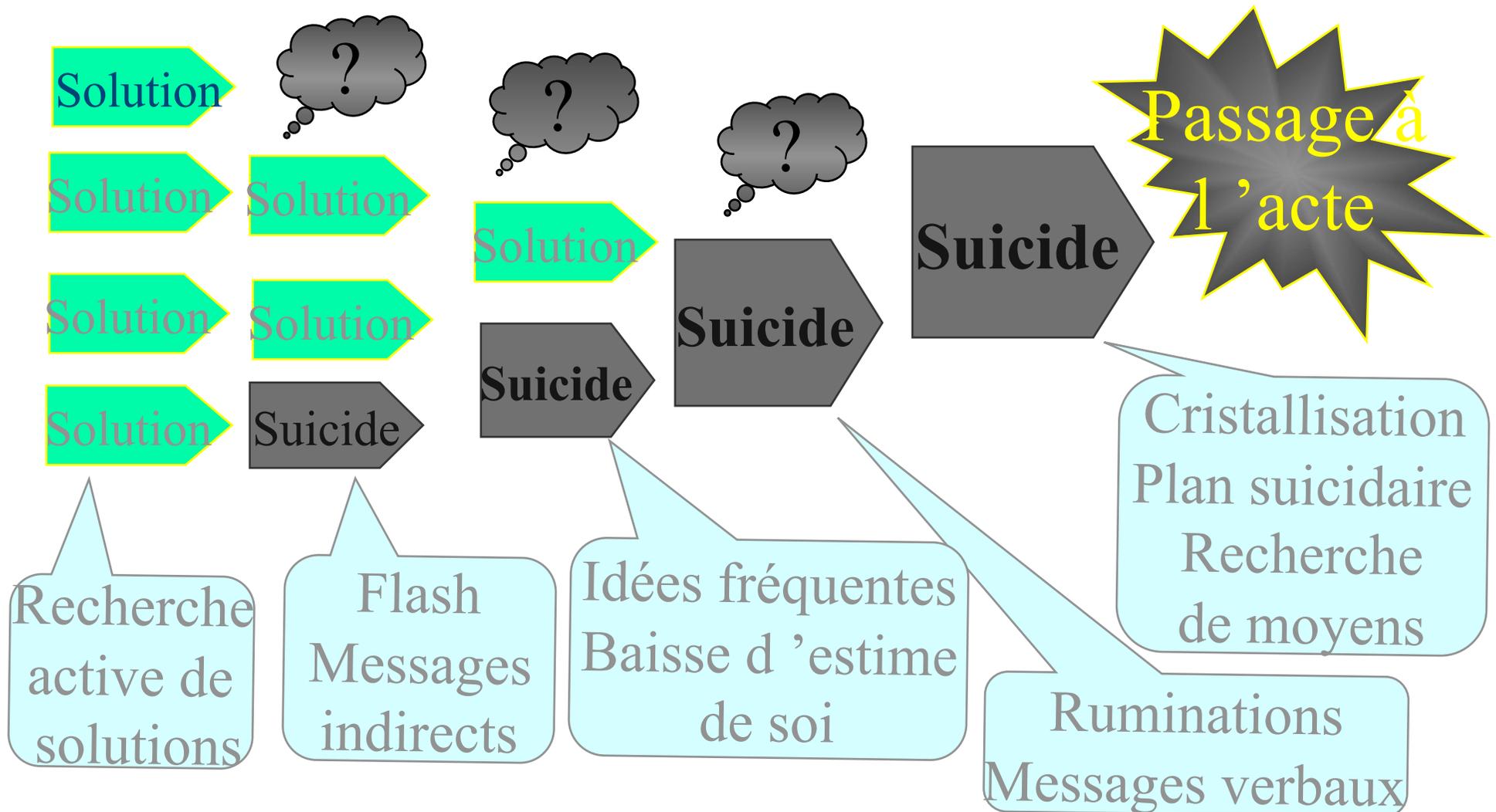
Prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale

La crise suicidaire : crise psychique dont le risque
majeur est le suicide

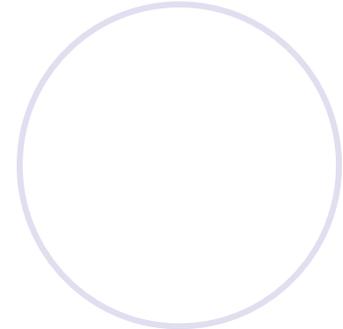
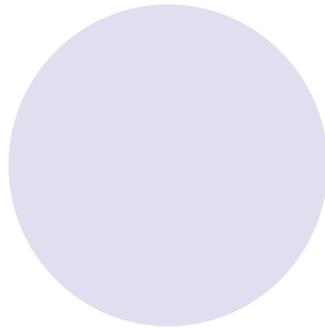
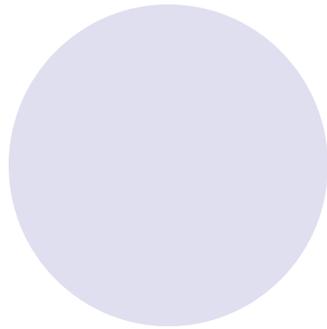
Le modèle de crise



Modélisation de la crise suicidaire



Crise suicidaire : évaluer le
risque, l'urgence et la
dangerosité





- Facteurs de risque suicidaire. Pourquoi ?
- Urgence : imminence de la conduite suicidaire. Quand ?
- Dangereusité entraîné par le scénario suicidaire (léthalité du moyen). Comment ?
- Échelle à trois niveaux : faible, moyen ou élevé.

1) Facteurs de risque suicidaire

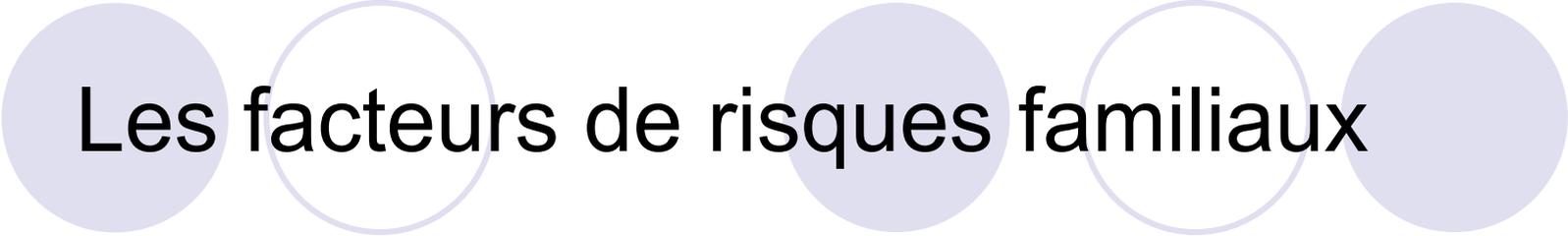
Les facteurs individuels :

- Antécédents suicidaires
- Pauvre estime de soi
- Tempérament et style cognitif (impulsivité, rigidité de la pensée, agressivité)
- Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)



Problèmes de santé mentale

- Dépression, PMD
- Abus et dépendance à l'alcool et aux drogues
- Troubles de personnalité : Etats limites, dysthymie, personnalité antisociale schizophrénie (voir annexes DSM4)
- Composante génétique

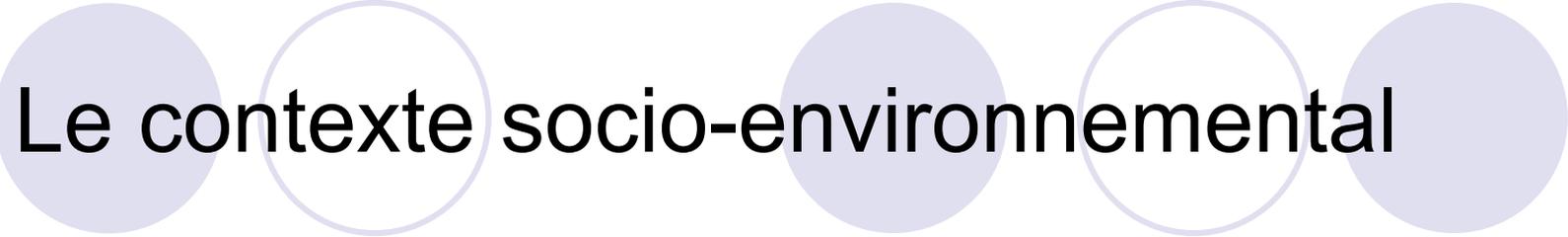


Les facteurs de risques familiaux

- Perturbation des liens d'attachement : facteur de vulnérabilité à la dépression.
- Pertes et abandons précoces.
- Négligence parentale, conflits conjugaux majeurs
- Expériences d'instabilité, séparation, rejet (facteurs d'insécurité, questionnement sur sa propre valeur).

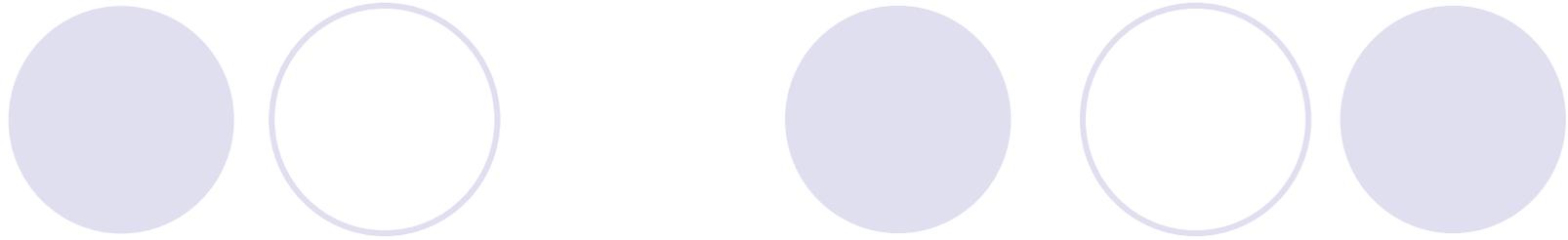


- Absence d'échanges au niveau émotif avec les parents : baisse du sentiment d'estime de soi
- Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel
- Comportement suicidaire, problèmes de maladie mentale, toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents



Le contexte socio-environnemental

- L'accumulation d'expériences d'adversité
- Sentiment d'impuissance face à la vie
- Présence de difficultés économiques et professionnelles persistantes
- Présence de problèmes d'intégration sociale



- Isolement social et affectif de l'individu
- Séparation et perte récente de liens importants
- Effet de contagion (suivant le suicide d'un proche, endeuillés suite à un suicide)
- Placements dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention



2) Évaluation de l'urgence

- La personne a - t elle programmé son geste ?
- Y a-t-il un événement déclencheur précipitant ?
- Aborder le sujet directement : prise en considération de ce qui se vit et du désir de mourir.
- Questions précises, réponses plus précises.



3) Évaluation de la dangerosité

- Évaluer l'élaboration du scénario suicidaire.
- Accessibilité directe aux moyens létaux = dangerosité extrême

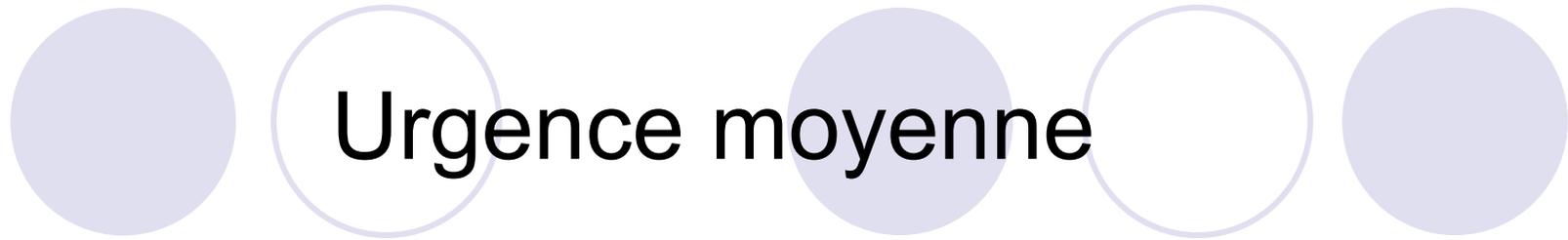


La personne

- Désire parler et en recherche de communication
- Recherche des solutions
- Pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire complet

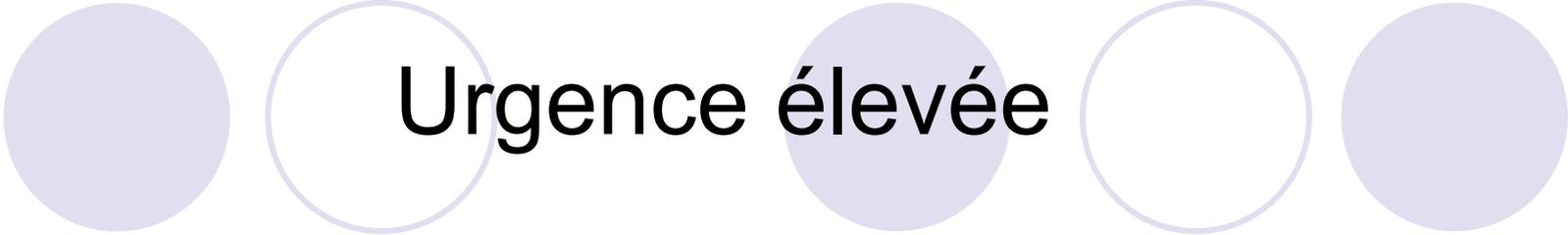


- Maintient des projets réels pour les prochains jours
- Pense encore à des moyens pour faire face
- N'est pas anormalement troublée, mais souffrante



Urgence moyenne

- Équilibre émotif fragile
- Suicide envisagé et intention claire
- Scénario suicidaire envisagé mais exécution reportée
- Peu de recours autres que le suicide pour cesser de souffrir
- Besoin d'aide et expression de désarroi



Urgence élevée

- Décidée, planification claire (où, quand, comment) et passage à l'acte prévu dans les quelques jours ou heures à venir.
- Rationalisation de la décision
- Personne très émotive, agitée ou immobilisée par la dépression



- Douleur de la souffrance omniprésente ou silence impressionnant
- Accès direct et immédiat à un moyen de se suicider (armes à feu, lames de rasoir, métro, etc.)
- Sentiment d'avoir tout fait et tout essayé.

Comment désamorcer une crise suicidaire ?

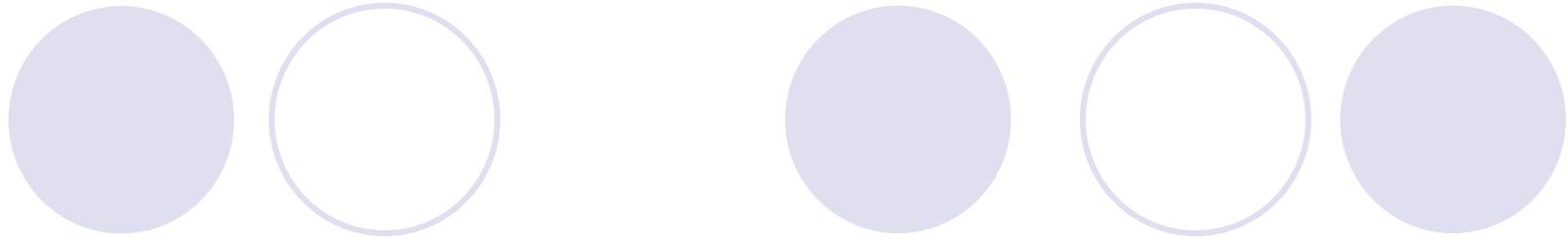
- 1) Établir un lien de confiance et une alliance thérapeutique avec la personne suicidaire (attitudes psychothérapeutiques)
- 2) Aborder directement le sujet : soulagement chez la personne suicidaire.
 - « Est ce que vous souffrez au point de vouloir vous suicider ? »
 - « Est ce que vous avez pensé à la manière dont vous pourriez vous suicider? »



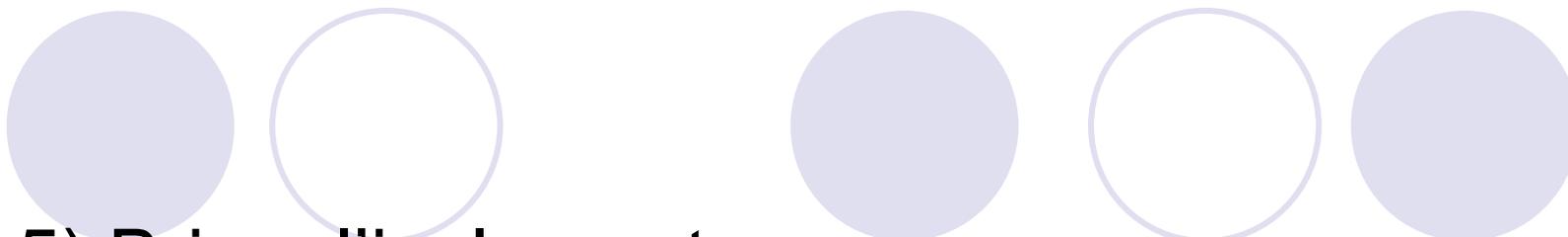
- 3) Évaluer le risque suicidaire, l'urgence du passage à l'acte, et la dangerosité entraîné par le scénario suicidaire.
- Évaluer les facteurs déclenchants en mettant l'accent sur la crise actuelle
- Resituer les différents événements de sa vie

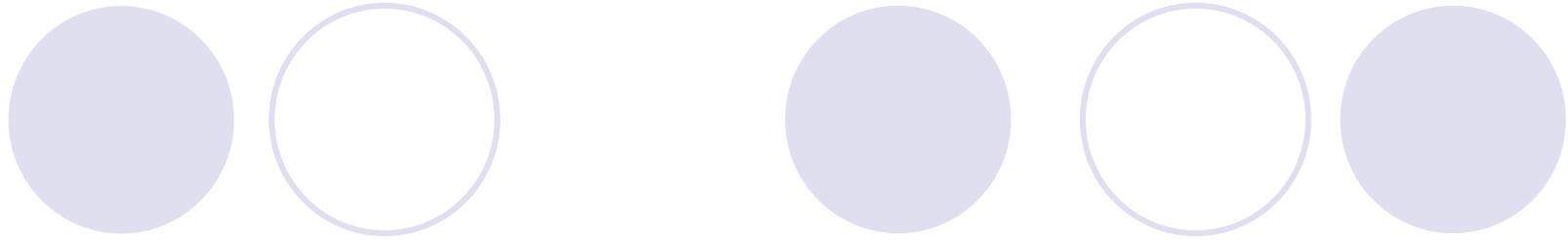


- Comprendre les motivations et ce qui amène cette personne à vouloir mourir
- Identifier des éléments positifs et relativiser : “certaines choses vont mal ” et non pas « tout va mal »
- Laisser parler l’ambivalence
- Évaluer les ressources internes de la personne.

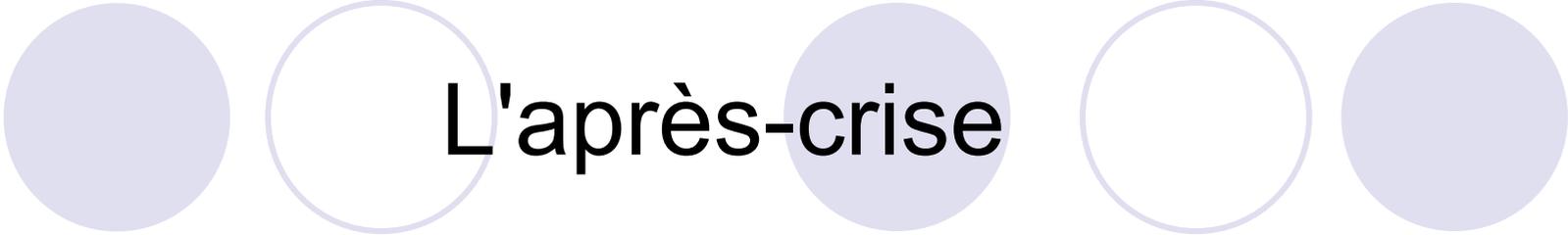


- 4) Proposer une explication de la crise et des moyens pour en sortir
- Montrer une certaine forme “d’autorité” pour manifester de l’intérêt
- Dire ce qu’on a l’intention de faire ou d’entreprendre
- Demander son accord à la personne
- Respecter ses limites et les nôtres

- 
- 5) Briser l'isolement
 - Mettre en place des structures de protection auprès de la personne suicidaire
 - Rechercher des orientations adéquates correspondant aux besoins immédiats de la personne suicidaire.
 - Accompagner la personne suicidaire pour qu'elle évite des échecs difficiles
 - Soutenir les proches

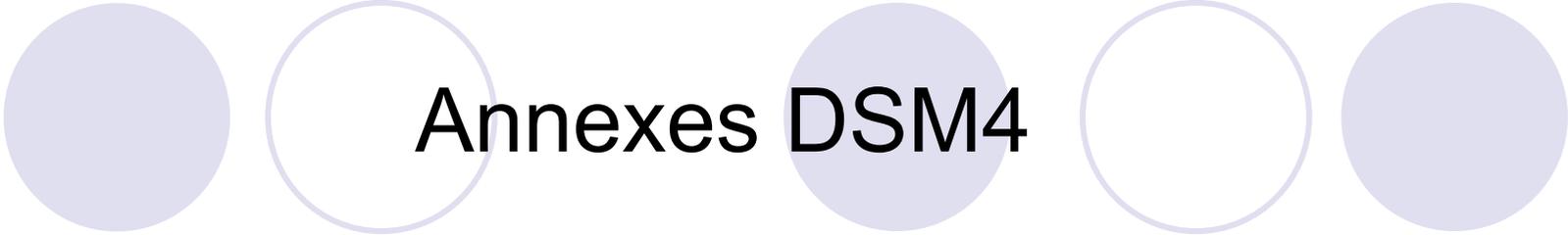


- 6) Arrêter le processus auto-destructeur
- Établir des « ententes » de non-suicide
- Planifier un suivi dans un bref délai, souvent moins de 24 heures
- Numéro d'urgence (accessible 24 heures par jour) à communiquer



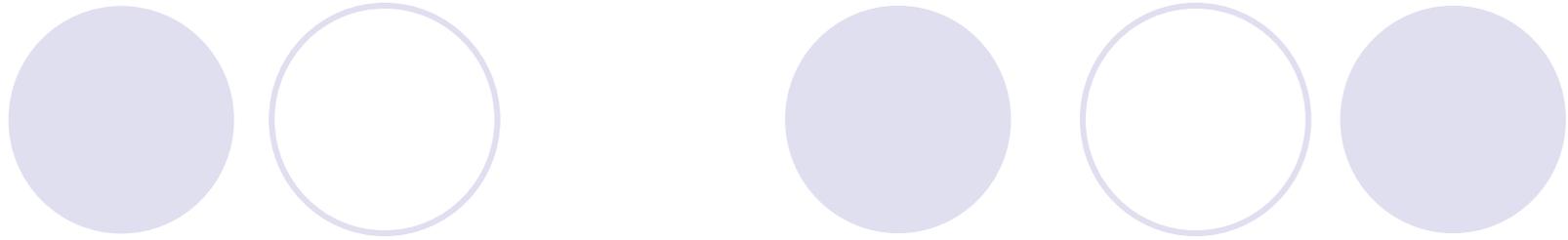
L'après-crise

- Après une crise aiguë, légère amélioration et période à risque pour une récurrence (état de vulnérabilité)
- Psychothérapie de soutien permettent de garder le contact durant la transition vers une prise en charge psychologique.
- Ne pas travailler seul, éviter insécurité et épuisement (réseau Tancredi)
- Compter sur des ressources externes de soutien, de supervision et d'échange.

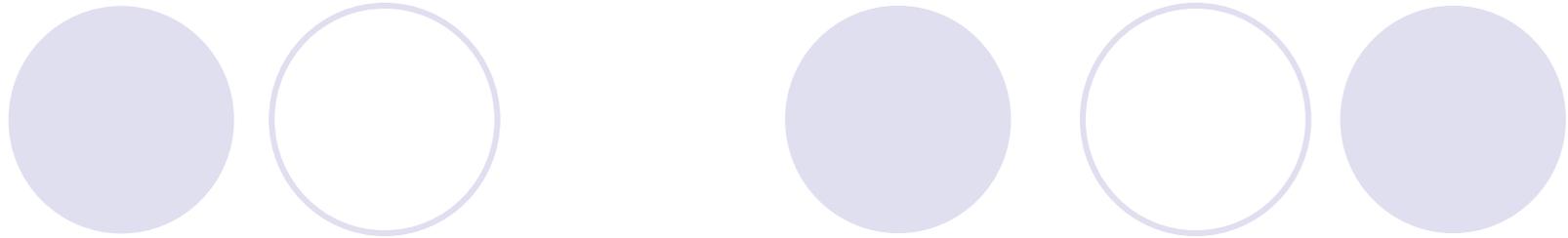


Annexes DSM4

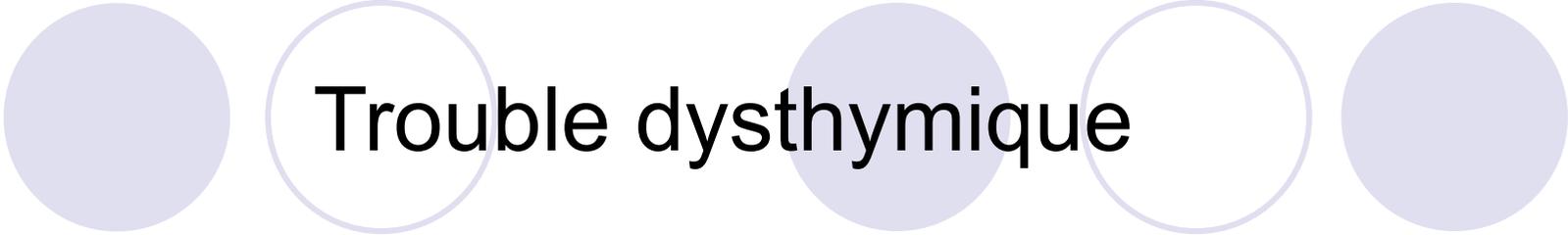
- EPISODE DEPRESSIF MAJEUR
- Au moins cinq des symptômes suivants : (1) et /ou (2).
- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée (1)
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités (2)
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit



- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision.
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.



- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte
- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil

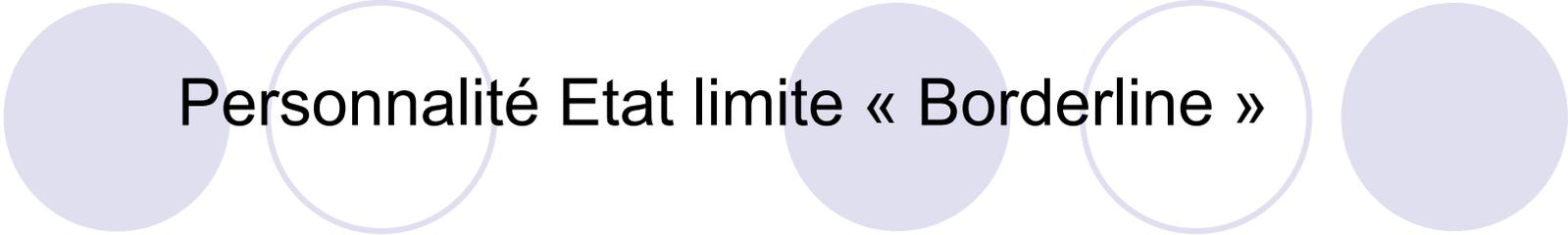


Trouble dysthymique

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :
- Perte d'appétit ou hyperphagie
- Insomnie ou hypersomnie



- Baisse d'énergie ou fatigue
- Faible estime de soi
- Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions
- Sentiments de perte d'espoir



Personnalité Etat limite « Borderline »

- Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
- 1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

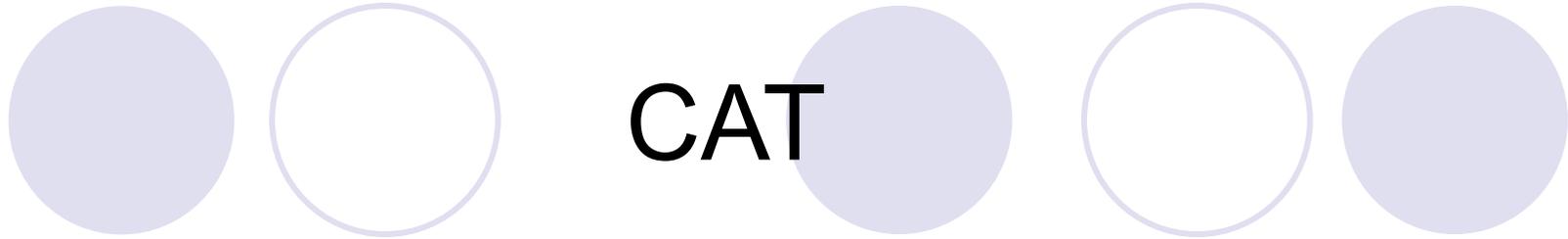
- 
- 2) Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
 - 3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
 - 4) Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)



- 5) Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'auto-mutilations
- 6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur
- 7) Sentiments chroniques de vide
- 8) Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère
- 9) Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéalisation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Troubles anxieux à risque dépressif

- Trouble Anxieux Généralisé :
- Préoccupations très fréquentes voire permanentes que le patient ne maîtrise plus et qu'il reconnaît comme étant excessives.
- Personnalités anxieuses
- Comorbidité importante (l'alcoolisme, dépendance médicamenteuse (hypnotiques et benzo)
- dépression réactionnelle. souffrance importante
- Risque suicidaire généralement faible peur de la mort facteur de protection contre le passage à l'acte.

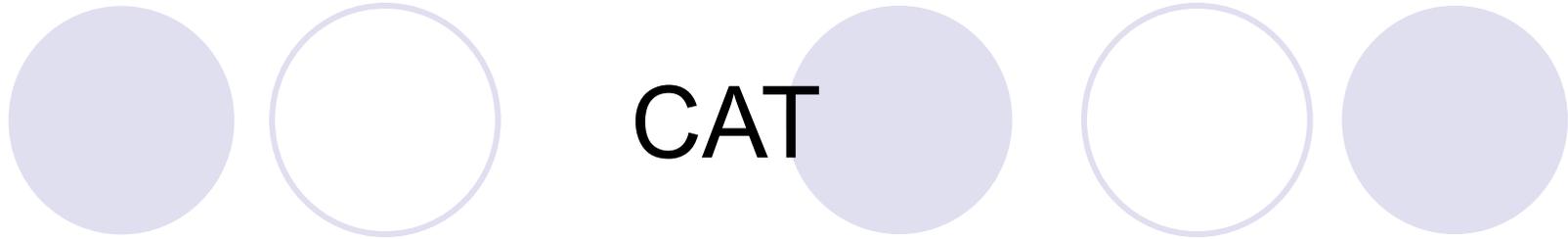


- Psychothérapie de soutien +: donner des explications médicales sur ce trouble, et notamment sur le mécanisme de l'anxiété. Eduquer à la résolution de problèmes.
- Pas d'indication des anxiolytiques au long cours et les réserver seulement en cas de crise aigue.
- Certains IRS indiqués et efficaces (Effexor –Prozac – Deroxat)
- TCC particulièrement indiquée.

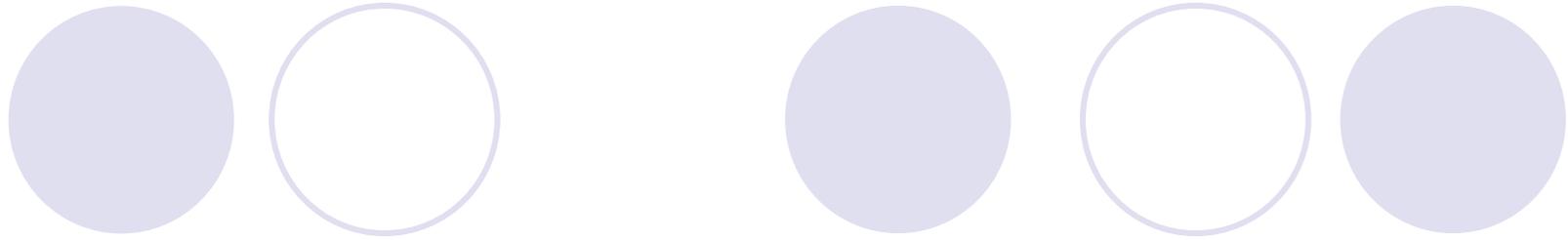


Trouble Obsessionnel Compulsif

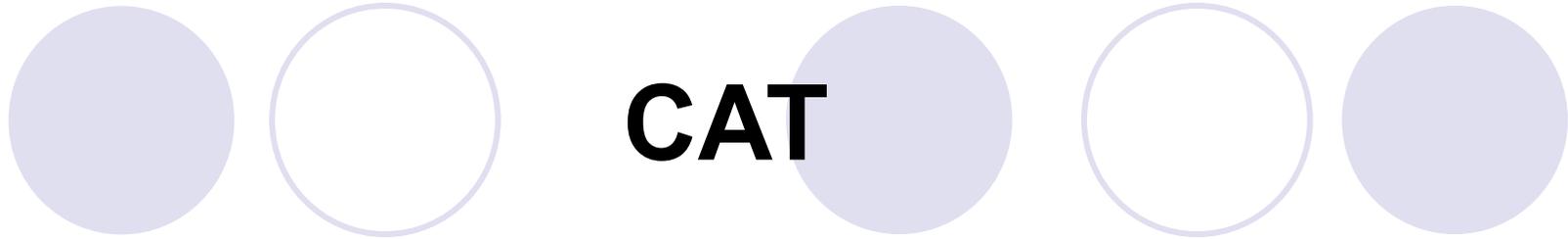
- Pensées intrusives entraînant un comportement de vérification ou de lavage ou de rumination, rituels à visée anxiogène.
- Conscience du caractère inutile et excessif de ses comportements.
- La sévérité : durée des rituels et du retentissement sur la vie sociale, professionnelle et familiale.
- La dépression : la vie de ces patients peut devenir un enfer.



- Psychothérapie de soutien avec explications médicales sur ce trouble
- IRS à forte dose
- Thérapie spécifique
- Hospitalisation dans les cas sévères avec risque suicidaire élevé



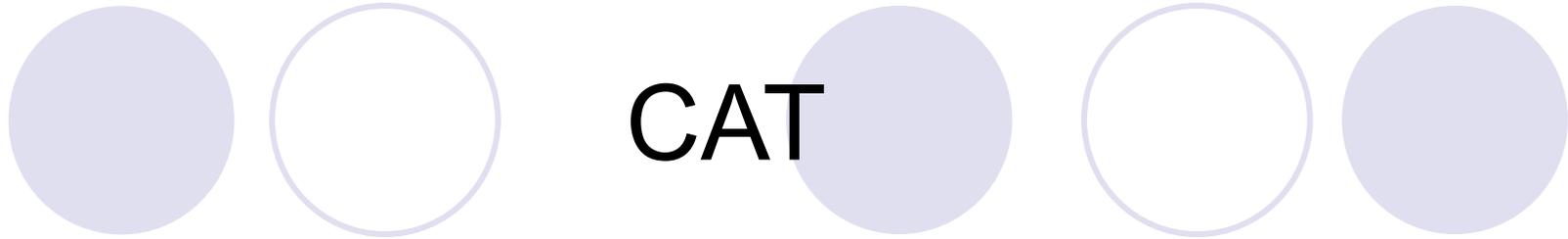
- Attaque de panique = Crise d'angoisse avec des signes physiques intenses : véritable traumatisme mémorisé « j'ai cru mourir »
- Le trouble panique : anticipation d'une nouvelle attaque de panique ; la peur d'avoir peur
- Phobie agoraphobie : identification par les patients de situations (foule grand magasins) qui sont susceptibles de provoquer des nouvelles attaques de panique e
- Conséquence : réduction de l'espace de vie et comportement d'évitement systématique à l'origine d'une dépression réactionnelle et insatisfaction chronique.



- Psychothérapie de soutien + donner des explications médicales sur les diagnostics et les mécanismes physiologiques de ces troubles. Guérison dans la majorité des cas.
- Surtout pas d'anxiolytiques (aggravation du trouble panique)
- Place limitée des IRS.
- TCC fortement indiquée en cas d'échec de la psychothérapie de soutien.



- Phobie sociale : peur excessive du regard des autres survenant en situation sociale ou de performance, entraînant un retentissement sur la vie personnelle, sentimentale, professionnelle et/ou familiale du patient
- Début enfance ou à l'adolescence
- Sa prévalence est très importante ; Complications : alcoolisme et évolution vers une dépression (décalage entre ce que le patient aimerait être et faire et ce qu'il « est » et fait)

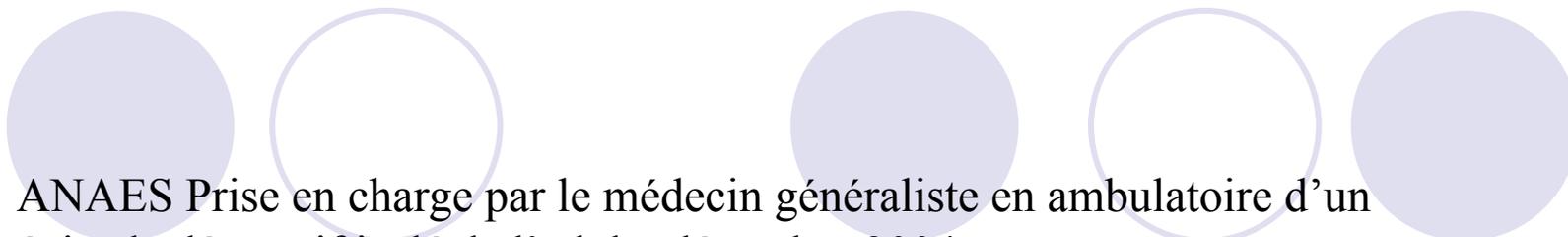


- Les IRS = traitement symptomatique limité, Pas d'indication pour les anxiolytiques
- Traitement spécifique par les TCC en individuel et en groupe avec développement des compétences sociales par exposition aux situations sociales redoutées.



Références Bibliographiques

- Simpson M, Buckman R, Stewart M et al. Doctor-patient communication : Toronto consensus statement. Br Med J 1991 ; 303 : 1385-87.
- Balint M. Le Médecin, son Malade et la Maladie. Petite Bibliothèque Payot .1973 p. 422
- Rogers C. Le Développement de la Personne. Editions Dunod .1966 p. 284
- Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity : a strategy for a patient-centred approach in general practice.Fam Pract 2000 Oct;17(5):430-4
- Chambon O, Marie Cardine M. Les bases de la psychothérapie. Dunod Paris 1999
- Jeammet Ph, Reynaud M, Consoli S M. Psychologie médicale. Abrégés Masson Paris 1996.
- Dépressions. Monographie de la revue du praticien 1999 ; 49 : 695-748.
- DSM 4 (Masson)
- ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. La revue du praticien – médecine générale 2000 ; 518 : 2187-2193.
- Seguin M, Terra JL. Formation à l'intervention de crise suicidaire. Lyon Version nov 2001Lorca G. Communication médicale.Ellipses Paris 1994
- Cottraux J. Thérapies cognitivo-comportementales. Principes, applications et résultats. Le concours médical 1998 ; 120 : 88-94.
- Shea S.C. La conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension. Elsevier Paris 2005

- 
- ANAES Prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé de l'adulte décembre 2004
 - AFSSAPS. Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs de l'adulte, Avril 2005.
 - ANAES. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. mars 2001
 - Prescrire Rédaction. «Antidépresseurs et prévention du suicide » Rev Prescr 2001; **21** (221) :693-694.
 - Association des psychiatres du Canada (APC).La prescription d'antidépresseurs dans la dépression en 2005 : nouvelles recommandations à la lumière des préoccupations soulevées dans les derniers mois. La Revue canadienne de psychiatrie, 2005 ; 49 (12) :1-6
 - Harriet L. MacMillan, Christopher J.S. Patterson et C. Nadine Wathen. Dépistage de la dépression en contexte de soins primaires. Le Médecin du Québec 2005 ; 40 (3) : 95-100
 - Irving Kirsch, Brett J. Deacon, Tania B. Huedo-Medina, Alan Scoboria, Thomas J. Moore, Blair T. Johnson. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Medicine 2008;5(2):260-268. www.plosmedicine.org