

Études et Résultats



N° 810 • septembre 2012

La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville

Les deux tiers des médecins déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients. Neuf sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression et les trois quarts ont suivi une formation sur cette prise en charge. Les stratégies de prise en charge de la dépression et leurs déterminants ont fait l'objet d'une enquête réalisée fin 2011 dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville. La majorité des participants perçoivent les psychothérapies comme un traitement à part entière de la dépression et les jugent efficaces. Mais ils soulignent plusieurs freins à leur accès : coût, délais de rendez-vous, réticence des patients. Dans la prise en charge de la dépression, les médecins prescrivent rarement une psychothérapie seule, même dans les cas d'intensité légère, lors desquels elle est particulièrement recommandée. Deux tiers d'entre eux proposent des antidépresseurs, associés par près de la moitié des prescripteurs à une psychothérapie. Les choix de traitement semblent être influencés par les caractéristiques démographiques et personnelles des médecins et les caractéristiques sociodémographiques des patients, plus particulièrement lors de dépressions d'intensité légère.

Hélène DUMESNIL¹, Sébastien CORTAREDONA¹, Marie CAVILLON², Fanny MIKOL², Catherine AUBRY³, Rémy SEBBAH⁴,
Hélène VERDOUX⁵, Pierre VERGER¹

1. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes Côte d'Azur - 2. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) -
3. Union régionale des professions de santé - Médecins libéraux Bourgogne - 4. Union régionale des professions de santé - Médecins libéraux Paca -
5. Université de Bordeaux

Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

La dépression, cause importante de morbidité et de mortalité, peut avoir des répercussions non négligeables sur la vie affective, sociale et professionnelle (Ustun *et al.*, 2004). En 2010, 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois et parmi eux, 39 % ont déclaré n'avoir consulté aucun professionnel (médecin généraliste, psychiatre, psychologue...) ni service spécialisé (Centre médico-psychologique, hôpital de jour par exemple) [Beck *et al.*, à paraître] (encadré 1).

Le rôle stratégique des médecins généralistes pour la prise en charge de la dépression

Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale (troubles anxieux, dépression, troubles bipolaires, schizophrénie...), loin devant les psychiatres et les psychologues (Kovess-Masfety *et al.*, 2007; Lamboy, Leon and Guilbert, 2007). Il dispose d'un choix de traitements efficaces de la dépression, dont les antidépresseurs et les psychothérapies, ayant fait l'objet de recommandations de bonne pratique¹. Cependant, moins d'une personne sur quatre souffrant de dépression et ayant consulté un médecin généraliste est diagnostiquée et traitée de façon appropriée (Briffault *et al.*, 2009). D'une part, la prévalence annuelle de consommation de médicaments psychotropes était la plus élevée en France dans une étude réalisée en 2000 comparant six pays européens (Alonso *et al.*, 2004). Sur la période 2006-2009, une légère baisse des volumes antidépresseurs et de tranquillisants consommés (d'environ 1 % par an) a cependant été observée alors que dans d'autres pays d'Europe la consommation d'antidépresseurs a continué d'augmenter (Caisse nationale d'assurance maladie, 2011). D'autre part, le recours aux psychothérapies dans le traitement de la dépression est peu fréquent (Kovess *et al.*, 2007 ;

Briffault *et al.*, 2008), probablement en raison de plusieurs freins qu'il s'agit de mieux comprendre. Un panel de médecins généralistes de ville composé d'un échantillon national et de trois échantillons régionaux a été mis en place en juin 2010 (encadré 2). La troisième enquête, réalisée entre septembre et décembre 2011, visait à décrire les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et les différents facteurs associés au choix, par les médecins, de ces stratégies.

Des médecins souvent confrontés à la dépression

La majorité des médecins de ville sont confrontés chaque semaine à des patients présentant une souffrance psychique (72 %), des troubles anxieux (82 %) ou un état dépressif (67 %, graphique 1)². La tendance suicidaire est également une problématique importante en médecine générale de ville : au cours des cinq dernières années, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient et près de la moitié à un suicide. Ces constats confirment que les problèmes de santé mentale occupent une place importante dans la patientèle des médecins généralistes de ville et soulignent leur rôle essentiel dans le dépistage et la prise en charge de ces troubles.

Un sentiment d'efficacité dans la prise en charge de la dépression

Neuf médecins sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression. Ce sentiment pourrait être lié à une longue expérience des médecins dans la prise en charge de ces troubles du fait de leur fréquence mais aussi à l'existence d'un arsenal médicamenteux important pour soigner la dépression : ceci favoriserait d'autant plus un sentiment de maîtrise des médecins qu'une culture valorisant l'approche médicamenteuse est très présente dans le corps médical français (Ventelou *et al.*, 2005).

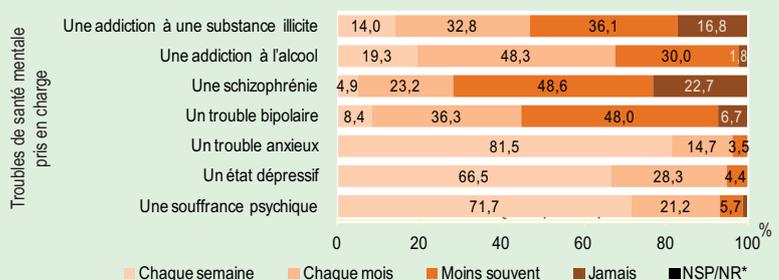
Les trois quarts des médecins ont déjà suivi une formation sur le diagnostic ou la prise en charge de la dépression, dont un tiers au cours des trois dernières années. Même si la majorité des participants (84 %) s'estiment suffisamment formés sur le diagnostic ou le traitement de la dépression, ils sont également demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications (82 %), la pratique de la psychothérapie de soutien (78 %), l'orientation des personnes souffrant de dépression (76 %) et la gestion des demandes de médicaments psychotropes des patients (76 %). Les médecins, ayant ainsi en général un sentiment d'efficacité et se sentant suffi-

1. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire : recommandations. Haute autorité de santé, service des recommandations et références professionnelles, 2002

2. Les résultats présentés ici ne portent par définition que sur les problèmes de santé mentale diagnostiqués par les médecins. Or, un cas de troubles dépressif, anxieux sur deux ne serait pas détecté par les médecins généralistes (Norton, 2009)

GRAPHIQUE 1

Fréquence de la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques



* ne se prononcent pas / non réponse

Lecture • 72 % des médecins interrogés ont déclaré prendre en charge, chaque semaine, au moins un patient présentant une souffrance psychique. Ils sont 67 % à avoir déclaré prendre en charge, chaque semaine, au moins un patient souffrant de dépression.

Note • Les étiquettes des fréquences inférieures à 1% ne sont pas présentées.

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

Sources • DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, juin-décembre 2011.

samment informés, pourraient avoir tendance à ne pas faire évoluer leurs pratiques de prescription.

Des freins importants à l'accès aux professionnels de santé mentale

La majorité des médecins ont des opinions favorables vis-à-vis des psychothérapies et reconnaissent l'efficacité de ce traitement pour traiter la dépression : 71 % des médecins sont d'accord avec la proposition « seules, les psychothérapies constituent un traitement efficace des dépressions d'intensité légère » ; 72 % déclarent qu'elles constituent un traitement de la

dépression au même titre que les médicaments ; seul un médecin sur dix n'est pas du tout d'accord avec ces deux affirmations. Plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies sont soulignés par les médecins, les plus fréquemment cités étant le non remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin (91 %), les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79 %) et la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76 %).

Plus globalement, si 83 % des médecins interrogés déclarent qu'un des critères de choix du spécialiste auquel ils adressent leur

patient (quelle que soit la prise en charge : psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, traitements médicamenteux, etc...) est le remboursement de la consultation, ils sont peu nombreux (6 %) à les adresser à un Centre médico-psychologique (CMP), où les consultations sont pourtant prises en charge par la Sécurité sociale. Ce résultat suggère l'existence de freins spécifiques à l'adressage au CMP, les plus fréquemment cités par les médecins étant les délais d'obtention d'un rendez-vous (66 %), l'absence de retour d'informations quand le patient est pris en charge par un CMP (59 %), le manque de

ENCADRÉ 1

La dépression et ses traitements¹

La **dépression** se distingue d'un mal être, d'une simple déprime : il s'agit d'une vraie maladie, qui peut prendre différentes formes. Le plus souvent, la dépression se manifeste sous forme d'épisodes appelés « épisodes dépressifs caractérisés » lorsqu'ils répondent à des critères diagnostiques précis, tels que ceux, par exemple, de la Classification internationale des maladies (CIM), 10e révision : durée d'au moins 15 jours, présence chaque jour et pendant la plus grande partie de la journée de symptômes de tristesse ou de perte d'intérêt, associés à de la fatigue, des troubles du sommeil, une perte ou prise de poids significative et des répercussions plus ou moins importantes aux niveaux affectif, social et professionnel. La gravité de ces répercussions définit la sévérité de l'épisode (d'intensité légère, modérée ou sévère).

Le **soutien psychologique** (aussi appelé « psychothérapie de soutien » par les médecins généralistes) est directement réalisé par le médecin généraliste et représente une forme de thérapie médicale relationnelle fondée sur l'empathie. Il consiste à laisser le patient s'exprimer librement et en confiance, tout en comprenant une dimension directive de conseil, d'information et d'explication. Proposer un soutien permet au patient de se décharger émotionnellement et au médecin d'approfondir sa connaissance du patient. Il améliore également la relation médecin-patient, favorisant l'acceptation du diagnostic et l'adhésion au traitement. Cependant, cette pratique ne remplace pas une psychothérapie réalisée par un professionnel. Le soutien psychologique n'est pas évoqué dans les recommandations de bonne pratique françaises².

Les **médicaments psychotropes** sont des médicaments ayant une action sur le psychisme : ils incluent les antidépresseurs, les hypnotiques (ou somnifères), les anxiolytiques (ou tranquillisants) et les neuroleptiques. Certains peuvent être utilisés comme traitement de la dépression.

Les **antidépresseurs** sont recommandés en première intention dans les épisodes dépressifs d'intensité modérée et indispensables dans les cas d'intensité sévère. La durée du traitement doit être de 6 mois au minimum. L'objectif du traitement est la réduction significative des symptômes dépressifs et de leurs conséquences dans la vie quotidienne. Les antidépresseurs aident généralement à restaurer le fonctionnement normal du sommeil, de l'appétit, à retrouver des capacités d'initiative, une perception positive de la vie, ... L'amélioration des symptômes de la dépression se produit à l'issue d'environ 3 à 4 semaines de traitement continu. Pour soulager rapi-

dement l'anxiété et les troubles du sommeil qui accompagnent fréquemment la dépression, le médecin peut prescrire en début de traitement un médicament anxiolytique (tranquillisant) ou hypnotique (somnifère), comme certaines benzodiazépines. Néanmoins, le rôle des anxiolytiques et des hypnotiques n'est pas de soigner la dépression. Ainsi, leur consommation ne doit pas dépasser quelques semaines. Au-delà, leur action est diminuée et le risque de dépendance physique est réel (ce qui n'est pas le cas avec les antidépresseurs).

Les **psychothérapies** constituent un traitement à part entière de la dépression et leur efficacité dans cette indication a été largement démontrée (INSERM, 2004). Elles sont indiquées en première intention dans le traitement des épisodes légers de dépression. Elles peuvent également être mises en place en complément des antidépresseurs dans les cas sévères. Pendant un épisode dépressif, la psychothérapie permet d'apprendre à gérer la maladie, de réduire ses symptômes et leurs conséquences, de prendre conscience des facteurs favorisant la dépression et de pouvoir envisager de nouveaux projets. Ses premiers effets (un soulagement lié à une écoute adaptée) peuvent se faire sentir immédiatement, les changements durables interviennent au bout de quelques semaines. Les psychothérapies doivent être pratiquées par des professionnels formés spécifiquement à cela (notamment les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes³). Ceux-ci peuvent pratiquer différents types de psychothérapies (psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales...). Les psychothérapies dispensées dans les établissements du secteur public psychiatrique (Centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, etc.) sont prises en charge par l'Assurance maladie. Les psychothérapies dispensées par des psychologues ou des psychothérapeutes non médecins en cabinet privé ne sont pas remboursées, mais certaines mutuelles prennent en charge une partie des frais. Les psychothérapies dispensées par des psychiatres en cabinet privé sont remboursées selon les conditions définies dans la réforme du parcours de soin.

1. Source : La dépression : en savoir plus pour en sortir. INPES, Ministère de la Santé, 2007.

2. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire : recommandations. Haute autorité de santé, service des recommandations et références professionnelles, 2002.

3. Le titre de psychothérapeute est réglementé depuis le 20 mai 2010 (Décret n° 2010-534 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute).

collaboration avec le CMP (57 %) ou encore la réticence des patients à s'y rendre (47 %).

Par ailleurs, près des deux tiers des médecins déclarent que les psychothérapies conviennent davantage aux patients ayant un niveau d'éducation élevé. Cette opinion pourrait refléter un jugement préconçu sur les psychothérapies mais aussi être liée à l'existence de freins financiers à leur accès pour les patients ayant un niveau d'éducation faible, souvent plus démunis. Elle pourrait, de fait, constituer un frein à l'accès aux soins des personnes qui n'ont pas ou peu suivi d'études.

La perception des difficultés d'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale s'avère également fortement corrélée aux densités de psychiatres libéraux et salariés sur le territoire (graphique 2). Les médecins exerçant en région PACA sont ainsi moins nombreux à juger que l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale est difficile dans leur zone d'exercice (63 %) que ceux exerçant en Bourgogne ou Pays de la Loire (respectivement 81 % et 80 %). Une forte densité se traduit notamment par des distances d'accès plus faibles : en région PACA seulement 3 % de la population étaient en 2010 théoriquement situés à plus de 30 minutes d'un psychiatre libéral³, contre 12 % en Bourgogne comme en Pays de la Loire. Sur l'ensemble du territoire, huit participants sur dix jugent l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale difficile dans leur zone d'exercice, une opinion qui reflète en partie les distances d'accès au psychiatre libéral plus élevées que pour la plupart des autres spécialités médicales (Coldefy *et al.*, 2011).

Un tiers des médecins généralistes satisfaits de ses relations avec les spécialistes de santé mentale

Les participants ont été interrogés sur leur vision du contenu possible de la coopération avec les professionnels spécialisés : celle-ci comprend l'adressage de patients (pour

95 % des participants)⁴, le retour d'information des professionnels spécialisés auprès des généralistes sur les patients (93 %), la demande d'avis, de conseils (91 %) et la réalisation de prises en charge conjointe des patients (93 %). La majorité des médecins pensent qu'une telle coopération permet d'améliorer la prise en charge (82 %), l'accès aux soins (74 %) et les compétences des médecins généralistes (69 %). Néanmoins, près de deux médecins sur trois ne se disent pas satisfaits de leur coopération avec les professionnels spécialisés. La fréquence de ce sentiment d'insatisfaction est moindre en région PACA (54 %) qu'en Bourgogne (66 %) ou dans les Pays de la Loire (63 %). Ces résultats peuvent s'expliquer, en partie, par la forte densité de psychiatres libéraux en PACA, relativement aux deux autres régions (voir supra).

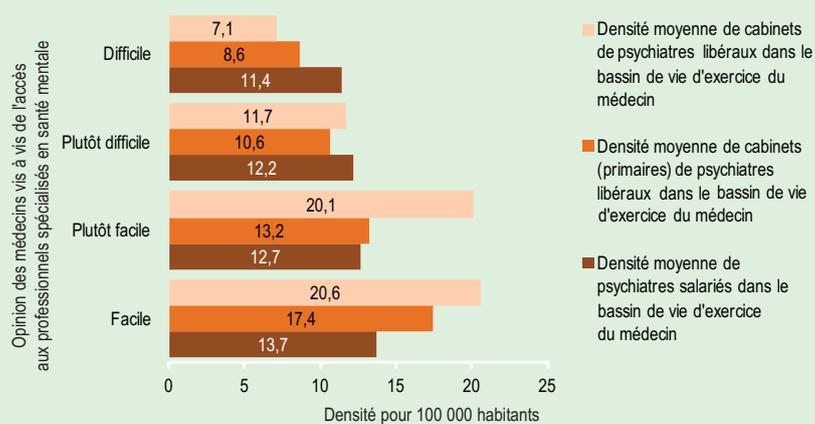
Neuf médecins généralistes sur dix prendraient en charge le patient dépressif

Afin de décrire les stratégies de prise en charge de la dépression adoptées par les médecins généralistes de ville, un cas fictif de dépression (nommé ci-après « vignette ») leur a été soumis. Plus de neuf méde-

cins sur dix ont déclaré qu'ils assureraient eux-mêmes la prise en charge du patient (graphique 3). Parmi eux, près d'un médecin sur dix préfère, avant d'initier un traitement, revoir le patient quelques semaines après afin de suivre l'évolution de son état (stratégie connue sous le nom de « watchful waiting »). Ils ne sont que 3 % à consulter directement pour avis sur le diagnostic ou le traitement, un professionnel spécialisé (plus de 8 fois sur 10 un psychiatre libéral). Une régression logistique multivariée montre que les médecins prenant d'emblée avis auprès d'un professionnel spécialisé se sentent peu efficaces dans la prise en charge de la dépression, sont satisfaits de la coopération avec ces professionnels et ne pensent pas que le non remboursement des consultations de psychologue soit un frein à la prise en charge psychothérapeutique. De plus, toutes choses égales par ailleurs, les médecins prennent davantage un avis d'emblée auprès d'un professionnel lorsque le patient souffre de dépression sévère. Quand les médecins orientent leurs patients dépressifs, que ce soit pour prendre un avis ou pour prise en charge, ils le font en majorité vers un psychiatre libéral (53 %), plutôt qu'un psycho-

GRAPHIQUE 2

Opinion des médecins sur l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale



Lecture • Les médecins jugeant l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale difficile exercent dans des départements étant pourvus, en moyenne, de 8.6 cabinets primaires de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants. Ceux qui considèrent l'accès aux professionnels de santé mentale facile exercent dans des départements étant en moyenne mieux dotés puisque la densité moyenne de cabinet primaires de psychiatres libéraux y est deux fois plus élevée (17,4).

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

Sources • DREES, URPS, ORS, CNAM, RPPS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, juin-décembre 2011.

3. Calculs DREES-INSEE, d'après les données de l'Assurance maladie et de l'INSEE.

4. Les médecins sont ici interrogés sur leurs attentes vis-à-vis des modalités de la coopération, et non sur la façon dont elle se pratique effectivement.

logue (16 %), un professionnel exerçant en CMP (6 %) ou un psychothérapeute (6 %). Près d'un médecin sur cinq a déclaré laisser le patient choisir le professionnel à sa convenance.

Le soutien psychologique : une prise en charge fréquente face à un patient dépressif

Face à un cas fictif de dépression, deux médecins sur trois proposent au patient de pratiquer un soutien psychologique. Les médecins exerçant en zone rurale le proposent plus souvent que les autres, probablement en raison d'un accès plus difficile aux spécialistes susceptibles de prendre en charge une psychothérapie. Ce soutien est aussi plus fréquemment proposé par les médecins présentant un faible volume global de prescriptions (i.e. dont les dépenses remboursables en pharmacie sont inférieures au 1^{er} quartile). Les médecins ont également davantage tendance à le

proposer quand le patient présente une dépression d'intensité sévère.

Dans le cas clinique fictif qui leur a été soumis, un médecin sur dix a proposé un soutien psychologique comme unique traitement. Le soutien psychologique, bien que ne faisant l'objet d'un enseignement que depuis peu et n'étant pas mentionné dans les recommandations françaises de prise en charge de la dépression (Anaes, 2002), semble occuper une place à part entière dans le modèle professionnel de prise en charge de la dépression des médecins généralistes de ville. Cependant, le traitement médicamenteux, qui est choisi dans la « vignette » par plus de huit médecins sur dix, reste leur principal outil de prise en charge.

Les antidépresseurs majoritairement prescrits

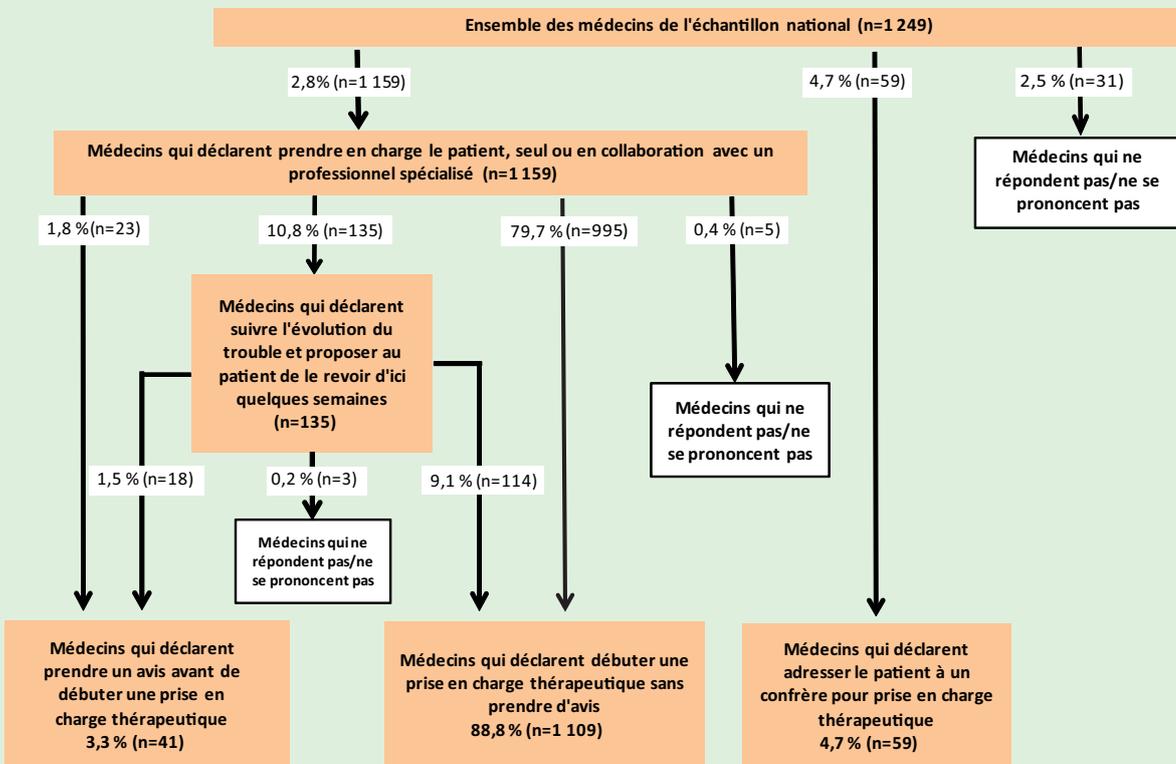
Dans le cas fictif de dépression qui leur a été présenté, 66 % des

médecins prescrivent des antidépresseurs, cette part restant élevée même en cas de dépression peu sévère (61 %). Pourtant l'efficacité des antidépresseurs n'a pas été démontrée dans le traitement des dépressions légères (Bosmans *et al.*, 2008 ; Barbui *et al.*, 2011). La co-prescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique ou d'un hypnotique est la stratégie la plus fréquemment choisie (57 % des médecins prescrivant un traitement médicamenteux, graphique 4). Il est possible que ce résultat traduise une habitude de prescription visant à éviter des réactions anxieuses voire suicidaires lors de l'instauration d'un traitement antidépresseur (Verger *et al.*, 2008).

Parmi les médecins qui déclarent proposer un traitement médicamenteux dans le cas fictif de dépression, près de sept sur dix prescrivent un antidépresseur avec un anxiolytique

GRAPHIQUE 3

Prise en charge des patients atteints de dépression



Note de lecture • À la question "Que faites vous ?" posée aux médecins après la présentation du cas fictif de dépression, 2,5 % ne répondent ou ne se prononcent pas et 93 % déclarent prendre en charge le patient, seul ou avec la collaboration d'un professionnel spécialisé. Parmi ces derniers, 1109/1159=96 % déclarent débiter une prise en charge thérapeutique sans prendre d'avis.

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

Sources • DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, juin-décembre 2011.

ou un hypnotique lorsque la dépression est sévère alors que cinq sur dix le font dans le cas non sévère. La coprescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques et hypnotiques est admise dans les recommandations françaises sur la prise en charge de la dépression (Anaes, 2002) en début de traitement, pour une durée limitée en présence de symptômes d'anxiété, d'agitation ou de troubles du sommeil marqués. Dans le cas fictif soumis aux participants, de tels symptômes n'étaient pas décrits, dans les cas sévères comme non sévères. Près d'un médecin interrogé sur cinq prescrit uniquement un anxiolytique ou un hypnotique, davantage quand la dépression est peu sévère (23 %) que lorsqu'elle est sévère (14 %). Or les médicaments anxiolytiques ou hypnotiques prescrits de manière isolée n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché dans le traitement de la dépression. Il est possible que ces médecins, face aux symptômes décrits dans le cas de dépression peu sévère, ne soient pas convaincus d'avoir à faire à une dépression nécessitant un traitement, mais les raisons de ce comportement de prescription ne sont pas bien connues.

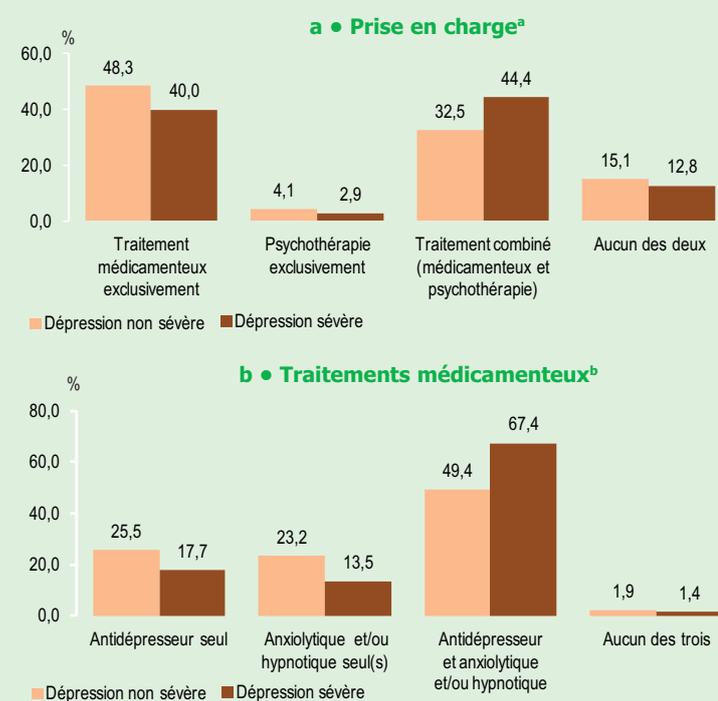
Que la dépression soit sévère ou non, les analyses toutes choses égales par ailleurs⁵, indiquent que les opinions des médecins sur les traitements par antidépresseurs ainsi que certains de leurs antécédents personnels sont associés à leur choix de prescrire ou non un antidépresseur. Par exemple, les médecins qui pensent qu'il y a une surprescription d'antidépresseurs en France et ceux qui ont déjà suivi une psychothérapie sont moins enclins à prescrire un antidépresseur. Par contre, les caractéristiques professionnelles des médecins (mode d'exercice particulier, suivi d'une formation sur la prise en charge de la dépression, volume global d'activité, participation à un réseau en santé mentale) ne s'avèrent pas associées au choix d'un antidépresseur dans le cas de la « vignette ». Enfin, certaines caractéristiques individuelles des médecins (âge, sexe) et du patient sont associées aux

choix de prescrire ou non un antidépresseur dans les cas de dépression peu sévère, mais pas dans ceux de dépression sévère. Ainsi, dans les dépressions peu sévères uniquement, les médecins femmes sont moins nombreuses à prescrire un antidépresseur ; de même, les médecins proposent moins souvent un antidépresseur à leurs patientes qu'à leurs patients. Les différences dans les pratiques de prescription en fonction du genre pourraient s'expliquer par un positionnement et un mode de communication avec les patients différents entre les médecins hommes et femmes (Roter, Hall and Aoki, 2002) : ces dernières reçoivent leurs patients plus longtemps en consultation⁶, sont davantage à l'écoute et centrées sur le patient que les premiers.

L'ensemble de ces résultats suggère que les antidépresseurs sont perçus par la majorité des médecins généralistes comme le traitement incontournable de la dépression quelle que soit sa sévérité. Malgré tout, une proportion non négligeable de médecins (28 %) n'a pas proposé d'antidépresseurs en cas de dépression sévère. Il est possible que ces médecins ne soient convaincus de l'efficacité des antidépresseurs, comme cela a déjà été observé (Kendrick *et al.*, 2005). Il est aussi possible qu'ils aient internalisé le message des autorités de santé sur la sur-prescription d'antidépresseurs comme le suggèrent les résultats des analyses de régression⁷. Le poids de l'expérience personnelle soulève la question des « leviers professionnels » pour modifier les comporte-

GRAPHIQUE 4

Prise en charge et traitements de la dépression proposés par les médecins



a. Pourcentages calculés parmi les médecins généralistes de l'échantillon national qui déclarent prendre en charge les patients atteints de dépression sans prendre d'avis sur le type de prise en charge auprès d'un spécialiste.

b. Pourcentages calculés parmi les médecins généralistes de l'échantillon national qui déclarent proposer un traitement médicamenteux.

Lecture • Parmi les médecins généralistes qui déclarent prendre en charge les patients atteints de dépression, 48 % déclarent proposer un traitement médicamenteux exclusivement lorsque la dépression n'est pas sévère contre 40 % lorsque la dépression est sévère.

Champ • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

Sources • DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, juin-décembre 2011.

5. Voir les données sur l'espace internet de la DREES <http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats,678.html>

6. Les femmes médecins déclarent une durée moyenne de consultation au cabinet de 17 minutes contre 19 minutes pour leurs homologues masculins. 57 % des femmes déclarent ainsi des durées de consultations de vingt minutes ou plus contre 35 % des hommes (Jakoubovitch *et al.*, 2012).

7. Voir les données sur l'espace internet de la DREES <http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats,678.html>

ments de prescription des médecins dans ce domaine.

Les psychothérapies rarement proposées comme traitement isolé de la dépression

Dans le cas de la « vignette » clinique, parmi les médecins qui déclarent prendre en charge eux-mêmes le patient, seuls 4 % choisissent de recommander une psychothérapie seule (autre que la psychothérapie de soutien) en cas de dépression légère et 3 % en cas de dépression sévère. Par contre, parmi les médecins qui prescrivent un traitement médicamenteux, 47 % proposent une psychothérapie en complément. Un quart des participants recommande une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et plus d'un sur dix une thérapie d'orientation psychana-

lytique. Mais la grande majorité des médecins (58 %) laissent au patient le libre choix du type de psychothérapie. Ce résultat peut refléter un manque de connaissances des médecins au sujet des différents types de psychothérapies et de leurs spécificités, mais aussi une opinion selon laquelle suivre une psychothérapie relève d'une démarche personnelle à l'initiative du patient.

Des analyses toutes choses égales par ailleurs ont été réalisées parmi les médecins prescrivant un antidépresseur⁸ pour étudier les caractéristiques associées au choix de proposer en complément une psychothérapie. Elles indiquent que les caractéristiques professionnelles (mode d'exercice particulier, suivi d'une formation sur la prise en charge de la dépression, participation à un réseau

en santé mentale, volume d'activité) ne sont pas associées à ce choix. Par contre, les médecins sont plus enclins à prescrire un traitement combiné lorsque la dépression est sévère, qu'ils sont âgés de moins de 49 ans, sont de sexe féminin ou lorsque le patient est un cadre supérieur. Cette dernière association confirme la prégnance de l'opinion décrite plus haut, selon laquelle les psychothérapies conviennent mieux aux personnes ayant un niveau d'éducation élevé. Les médecins considérant les psychothérapies efficaces ou la coopération avec les spécialistes utile ont également davantage tendance à prescrire un traitement combiné que les autres.

À l'inverse, les médecins proposent moins fréquemment une psychothérapie en complément de l'antidép-

ENCADRÉ 2

Méthodologie

Constitution du panel de médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine et dans trois régions

En juin 2010, un nouveau panel de médecins généralistes libéraux national et doté de trois extensions régionales a été mis en place grâce à un partenariat entre la DREES, les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales des professions de santé, médecins libéraux (URPS-ML) de trois régions (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur). À raison d'une enquête par semestre pendant 3 ans, les médecins sont interrogés sur l'économie du cabinet, le temps travaillé et les attitudes et pratiques des médecins dans la prise en charge de problèmes de santé spécifiques (dépression, dépendance de la personne âgée...).

Construction de l'échantillon

La base de sondage a été obtenue à partir du répertoire ADEL qui recense l'ensemble des professions de santé réglementées par le code de la santé, de la famille et de l'aide sociale. Un appariement avec le Système national d'information interrégimes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Sniiram) a permis de ne retenir que les praticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année et d'ajouter un indicateur de son activité libérale. Les médecins avec un exercice exclusivement salarié (médecins hospitaliers, en centre de santé), ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an et ceux ayant un mode d'exercice particulier (MEP) exclusif (homéopathie, acupuncture...) ont été exclus. Les échantillons ont été constitués par tirages aléatoires stratifiés sur le sexe, l'âge, le type de la commune d'exercice et le volume d'activité des médecins.

La troisième vague d'enquête a eu lieu entre septembre et décembre 2011. Au total, 2 476 médecins ont été sollicités par courrier puis par téléphone (entretiens réalisés à l'aide du système CATI : Computer Assisted Telephone Interview) pour aboutir à un échantillon de 2 114 répondants, soit un taux de participation (rapport entre le nombre de médecins ayant accepté de participer à la vague 3 du panel et le nombre de médecins éligibles ayant accepté de participer à la vague 1) de 87 % dans l'échantillon national et variant entre 78 à 85 % dans les échantillons régionaux.

Questionnaire

Le questionnaire comprenait 37 questions :

- **La confrontation aux problèmes de santé mentale** : fréquence de prise en charge de la dépression, des troubles anxieux, des troubles bipolaires, des addictions...
- **Les pratiques de prise en charge, à l'aide d'une « vignette » clinique** : le cas clinique fictif d'un patient présentant un état dépressif était présenté au médecin généraliste participant et des questions lui étaient posées sur la prise en charge qu'il adopterait (adressage, mise en route d'un traitement médicamenteux, psychothérapie...). Huit versions différentes de cette « vignette » étaient présentées à 8 sous-groupes de médecins composés de façon aléatoire. Ces huit versions étaient obtenues en faisant varier le sexe du patient, sa situation sociale (ouvrier/cadre) et le degré de sévérité de l'épisode dépressif (léger/sévère). L'intérêt est de pouvoir étudier de façon quasi-expérimentale si les déclarations des médecins sur leurs choix de prise en charge varient en fonction de ces trois facteurs.
- **La collaboration avec les professionnels spécialisés en santé mentale** : définition de la collaboration, utilité perçue et satisfaction des médecins, freins à l'accès aux soins...
- **Le dernier cas de dépression reçu en consultation par le médecin**
- **L'opinion des médecins vis-à-vis des psychothérapies** : indications, efficacité, freins d'accès...
- **L'évaluation du risque suicidaire** : pratique, difficultés...
- **La formation des médecins sur la dépression et la crise suicidaire** : formation suivie, souhaitée...
- **L'histoire personnelle et état de santé du médecin** : vécu d'un épisode dépressif (soi ou un proche), consultation d'un professionnel de santé mentale, suivi d'une psychothérapie, participation à un réseau.

Analyses statistiques

Des analyses toutes choses égales par ailleurs ont été réalisées, en regroupant les données des quatre échantillons (national + échantillons régionaux) afin de décrire les facteurs associés au fait de : prendre en charge soi-même le cas de dépression, prescrire un traitement médicamenteux et enfin mettre en place un traitement combiné (médicament et psychothérapie).

8. Voir les données sur l'espace internet de la DREES <http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats,678.html>

presseur lorsqu'ils s'estiment suffisamment formés sur le diagnostic et le traitement de la dépression ou lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de leurs relations avec les professionnels spécialisés en santé mentale. Enfin, si les choix de stratégies de traitement sont influencés par certaines caractéristiques individuelles des médecins (âge, sexe), leurs perceptions de la psychothérapie et celles à l'égard des spécialistes de santé mentale semblent aussi jouer un rôle. Par contre, les problèmes d'accès et de délai de consultation ne ressortent pas comme facteurs explicatifs dans les analyses.

Plusieurs résultats importants de cette étude sur les stratégies de

prise en charge de la dépression par les médecins généralistes interrogent sur l'adéquation de leurs pratiques avec les recommandations de bonnes pratiques. En effet, l'antidépresseur s'avère le traitement le plus souvent proposé par les médecins généralistes de ville face à un patient dépressif, même lors des dépressions peu sévères, un constat plutôt à contre-courant des recommandations de bonne pratique. Confrontée à un cas fictif de dépression, une proportion non négligeable de médecins prescrit un anxiolytique ou un hypnotique seul, alors même que la prescription seule de ces médicaments n'est

pas indiquée dans le traitement de la dépression. La psychothérapie seule est très rarement proposée par les médecins généralistes, même dans les cas de dépression peu sévères. Elle est plus fréquemment proposée en combinaison avec les antidépresseurs dans les dépressions sévères par les médecins ayant une opinion favorable sur l'efficacité des psychothérapies (les plus nombreux) et sur la collaboration avec les spécialistes de santé mentale. L'étude montre enfin l'importance, dans le modèle professionnel des médecins généralistes de ville, de la psychothérapie de soutien. ■

Pour en savoir plus

- AFSSAPS, 2006, Bon usage des médicaments dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte, recommandations.
- Alonso, J. et al., 2004, « Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project » *Acta Psychiatr Scand Suppl*(420): 55-64.
- American Psychiatric Association, 2010, Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition.
- Barbui, C. et al., 2011, « Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. » *Br J Psychiatry* 198(1): 11-6, sup 1.
- Beck, F. et al. (à paraître), Baromètre santé 2010, INPES.
- Bosmans, J. E. et al., 2008, « Cost-effectiveness of usual general practitioner care with or without antidepressant medication for patients with minor or mild-major depression », *J Affect Disord* 111(1): 106-12.
- Briffault, X. et al., 2009, « Factors associated with treatment adequacy of major depressive episodes in France », *Encephale* 36 Suppl 2: D59-72.
- Briffault, X. et al., 2008, « Factors associated with use of psychotherapy », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2): 165-71.
- Caisse nationale d'assurance maladie, 2011, Consommation et dépenses de médicaments en France et en Europe : évolutions 2006 - 2009.
- Coldefy, M. et al., 2011, Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007. Paris, IRDES.
- INSERM, 2004, Psychothérapie - Trois approches évaluées, Expertise collective, Inserm.
- Jakoubovitch S., Burnot MC., Cercier E., Tuffreau F., 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Drees, Etudes et Résultats*, n° 797.
- Kendrick, T. et al., 2005, « GP treatment decisions for patients with depression: an observational study » *Br J Gen Pract* 55(513): 280-6.
- Kovess-Masfety V. et al., 2007, « What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey » *BMC Public Health* 7: 188.
- Kovess V. et al., 2007, « Psychotherapeutic practices in France : results of a professional-based health insurance participant survey » *Encephale* 33(1): 65-74.
- Lamboy B., Leon C. and Guilbert P., 2007, « Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005 », *Rev Epidemiol Sante Publique* 55(3): 222-7.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009, Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. NICE clinical guidelines 90 and 91.
- Norton, J. et al., 2009, « Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire : comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription », *Encephale* 35(6): 560-9.
- Roter D. L., Hall J. A. and Aoki Y., 2002, « Physician gender effects in medical communication : a meta-analytic review », *Jama* 288(6): 756-64.
- Ustun T. B. et al., 2004, « Global burden of depressive disorders in the year 2000 », *Br J Psychiatry* 184: 386-92.
- Ventelou B., et al. 2005, « Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur », *Revue française des affaires sociales*(1): 127-160.
- Verger P. et al., 2008, « Determinants of coprescription of anxiolytics with antidepressants in general practice », *Can J Psychiatry* 53(2): 94-103.